

Université de Montréal

Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre
professionnels/patient et famille

Par
Karine Lepage

Département d'administration des services de santé
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures
en vue l'obtention du grade de Maîtrise ès en sciences (M.Sc.)
en administration des services de la santé
Volet analyse du système de la santé

Août 2008

©Karine Lepage, 2008

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre
professionnels/ patient et famille

Présenté par :
Karine Lepage

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Président rapporteur : Nicole Leduc
Directrice de mémoire : Marie-Pascale Pomey
Membre du jury : Danielle D'Amour

Résumé

Problématique : La collaboration entre infirmières et médecins est un élément crucial lorsque la condition des patients est instable. Une bonne collaboration entre les professionnels permet d'améliorer la qualité des soins par l'identification des patients à risques et l'élaboration de priorités dans le but de travailler à un objectif commun. Selon la vision des patients et de leur famille, une bonne communication avec les professionnels de la santé est l'un des premiers critères d'évaluation de la qualité des soins.

Objectif : Cette recherche qualitative a pour objectif la compréhension des mécanismes de collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmières aux soins intensifs. L'étude tente également de comprendre l'influence de cette collaboration sur la communication entre professionnels/ patients et famille lors d'un épisode de soins.

Méthode : La collecte de données est réalisée par le biais de 18 entrevues, qui ont été enregistrées puis retranscrites. Parmi les entrevues effectuées deux gestionnaires, six médecins et infirmières, et enfin dix patients et proches ont été rencontrés. Ces entrevues ont été codifiées puis analysées à l'aide du modèle de collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997), afin de déterminer les tendances de collaboration. Pour terminer, l'impact des différentes dimensions de la collaboration sur la communication entre les professionnels/ patient et famille a été analysé.

Résultats : Médecins et infirmières doivent travailler conjointement tant avec les autres professionnels, que les patients et leur famille afin de développer une relation de confiance et une communication efficace dans le but d'établir des objectifs communs. Les patients et les familles désirent rencontrer des professionnels ouverts qui possèdent des talents de communicateur ainsi que des qualités interpersonnelles. Les professionnels doivent faire preuve de transparence, prendre le temps de donner des explications vulgarisées, et proposer aux patients et aux familles de poser leurs questions.

Mots clés : Collaboration interprofessionnelle, médecins infirmières, patients, familles

Abstract

Problem : The collaboration between nurses and physicians is a key element when the patient's condition is unstable. Good collaboration between these professionals allows improvement on the quality of care by identifying patients at risk and by establishing priorities so that we work towards the same goal. Patients and their families who experience the Intensive Care Unit improved when the messages provided are coherent, giving the sense of control and decision making back to the patient and their families.

Objectif : The goal of this qualitative research is to better understand the mechanisms of collaboration between nurses and physicians during the daily interdisciplinary rounds the Intensive Care Units. It will also attempt to understand the influence of these behaviours on the communication between these professionals, the patients and their families.

Method : The data collection is carried out via 18 interviews, which will first be recorded and then retranscribed. The interviews are done with 2 managers, six following with medical staffs and nurses and ten patients and close family members. These interviews have been coded and analyzed using the interprofessional collaboration model of D'Amour (1997) in order to obtain the collaboration tendencies. Lastly, the impact of the different dimensions of collaboration on the communication between professionals/ patients and families have been analyzed.

Results : In order to establish common objectives, all healthcare professionals must work together with the patients and their family to develop a trusting relationship and an effective communication. Patients and their family want to see professionals who are open, possessing communication and interpersonal skills. They must also be transparent, taking the time to provide popularized explanations and offer question periods to the patients and their family.

Keywords: Interprofessional collaboration, doctors, nurses, patients, families

J'ai utilisé le terme «infirmière» de façon générale et il englobe tant les hommes que les femmes. Cette utilisation est simplement pour alléger le texte.

Table des matières

Résumé.....	i
Table des matières	iv
Liste des figures	vii
Remerciement	viii
Chapitre 1 : Introduction.....	1
1.1 Mise en contexte et problématique	1
2.1 Caractère unique des soins intensifs	1
1.1.1 Collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmières	3
1.1.2 Manque de communication entre les professionnels, les patients et leur famille ..	4
1.2 Objectifs	5
Chapitre 2 : Revue de littérature	6
2.1 Qualité des soins	6
2.2.1 Qualité des soins selon les différents acteurs du système de santé.....	6
2.3 Collaboration infirmières-médecins	8
2.3.1 Facteurs contribuant à la collaboration professionnelle en santé	9
2.3.2 Impact de la collaboration médecins-infirmières sur le patient et sa famille dans les unités de soins intensifs	10
2.3.3 Piste de solution au manque de collaboration : les tournées interdisciplinaires quotidiennes auprès des patients hospitalisés	14
2.4 Communication entre professionnels, patients et familles	16
2.4.1 Trois modèles d'approches	17
2.4.2 Communication professionnels-patients-familles.....	18
2.5 Modèle de structuration de la collaboration professionnelle en santé	22
2.6 Questions de recherche	25
Chapitre 3 : Méthodologie	26
3.1 Devis de recherche.....	26
3.1.1 Paramètres du devis de recherche	27
3.1.2 Validité du devis de recherche.....	27
3.2 Population et échantillon	29
3.2.1 Sélection du milieu	29
3.2.2 Sélection des participants.....	30
3.3 Définition des variables et collecte de données	32
3.3.1 Définition des variables	32
3.3.2 Méthodes de collecte de données.....	32

3.3.3 Qualité des grilles d'entrevues et d'observations : fiabilité et validité.....	33
3.4 Analyse	34
3.4.1 Analyse des résultats.....	34
3.4.2 Résultats attendus, capacité de généralisation et utilité des résultats	36
3.5 Considérations éthiques	36
3.5.1 Autorisations requises.....	37
3.5.2 Consentement et respect des sujets	37
Chapitre 4 : Perspective théorique	38
4.1 Cadre de référence	38
4.2 Notre modèle de l'impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre professionnels-patients et famille	39
Chapitre 5 : Résultats	41
5.1 Analyse descriptive.....	41
5.2 Résultats de la collaboration médecins-infirmières	43
5.2.1 Formalisation de la collaboration interprofessionnelle.....	44
5.2.2 Finalisation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle	49
5.2.3 Prise de conscience et intériorisation de la collaboration interprofessionnelle ...	53
5.2.4 Délégation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle	57
5.3 Communication entre professionnels, le patient et sa famille	60
5.3.1 Chocs des soins intensifs et valeurs des patients et des familles	60
5.3.2 Qualités attendues des professionnels.....	62
5.3.3 Qualité de l'information transmise au patient et à sa famille	66
5.3.4 Organisation des soins	73
Chapitre 6 : Discussion	76
6.1 Le patient et sa famille.....	76
6.2 Médecins et infirmières	78
6.3 Autres professionnels et personnel de soutien	79
6.4 L'échange d'information	80
6.4.1 Différence entre la communication des médecins versus des infirmières	81
6.5 Les facteurs interactionnels	82
6.5.1 Partage des buts et d'une vision.....	83
6.5.2 Sens d'appartenance	85
6.5.3 Qualités interpersonnelles.....	87
6.5.4 Habileté de communication	88
6.6 Facteurs organisationnels.....	88

6.6.1 Structures des soins.....	89
6.6.2 Gouvernance	92
6.6.3 Environnement physique	94
6.7 Comparaison des résultats avec les modèles présents dans la littérature	95
6.8 Recommandations.....	96
6.8.1 Amélioration de la collaboration interprofessionnelle.....	96
6.8.2 Recommandations pour améliorer la communication entre professionnels, patients et familles	98
6.9 Limites de l'étude	99
6.10 Principaux utilisateurs.....	100
Chapitre 7 : Conclusion	102
Liste de références	104
Annexe 1. Grille d'entrevue : Gestionnaires de l'unité de soins intensifs.....	x
Annexe 2. Grille d'entrevue : Professionnels de la santé travaillant dans une unité de soins intensifs.....	xii
Annexe 3. Grille d'entrevue: Patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs	xiv
Annexe 4. Grille d'entrevue : Familles ayant un proche hospitalisé dans une unité de soins intensifs.....	xvi
Annexe 5. Grille d'observation d'une unité de soins intensifs	xviii
Annexe 6. Formulaire de consentement pour patients et familles	xx
Annexe 7. Consent form for patients and family members	xxiv
Annexe 8. Formulaire de consentement pour les entrevues avec les professionnels	xxviii
Annexe 9. Consent form for interviews with doctors and nurses	xxxii
Annexe 10. Formulaire de consentement pour les observations avec médecins et infirmières pendant les tournées interdisciplinaires.	xxxvi
Annexe 11. Consent form for observations with doctors and nurses during interdisciplinary rounds.....	xl
Annexe 12. Certificat d'éthique.....	xliv

Liste des figures

Figure 1. Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (C.I.).....	23
Figure 2. Impact de la collaboration médecins-infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille.....	50

Remerciement

Merci Dr Marie-Pascale Pomey, d'avoir conservé votre patience, et continué à croire au potentiel de ce projet malgré les difficultés de son commencement.

Merci Roxane, justement pour le commencement de ce projet.

Merci à l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis et tous les gestionnaires ayant appuyé mon projet. Merci à la direction des soins infirmiers. Merci aux professionnels, médecins et infirmières qui ont participé aux entrevues. Madame Lyne St-Louis, un merci particulier pour ton dynamisme à recruter les participants.

Merci aux patients et à leur famille qui ont accepté de donner de leur temps dans des moments de leur vie où justement chaque minute compte.

Mille fois merci Delphine pour ton temps et ta patience. Merci pour tes corrections et tes suggestions. Sans toi, ce rapport n'aurait jamais pu voir le jour de cette façon.

Merci à mes amis qui sont justement restés mes amis parce qu'ils ont compris que travailler et écrire un mémoire sont des choses qui peuvent être difficile à conjuguer. Désolée de vous avoir délaissés.

Finalement, merci maman pour tes rappels que je ne suis pas obligée de terminer cette maîtrise et que je peux toujours faire une pause afin de prendre du temps pour moi.

Merci papa pour tes encouragements à ne pas lâcher et toujours continuer.

Merci Fanny de m'avoir rappelé qu'il ne faut pas toujours écouter ce que nos proches nous disent...

ESCLAVE LIBERTÉ PASSION

À l'intérieur des civilisations anciennes l'esclavage était chose courante. Il y en avait même de différent ordre (ex : les captures de guerre ou bien l'individu qui troquait sa liberté pour régler ses dettes envers son usurier).

La liberté consiste pour certain à faire ce qu'il veut, quant il veut et où il veut. D'autres pensent que la liberté vient avec la capacité à contrôler ses passions. L'impossibilité de satisfaire nos passions peut nous conduire à la mélancolie et même au malheur.

Ta passion pour l'acquisition de savoir t'a flouée, à plus d'une reprise, privée de liberté, à l'occasion je t'ai vue aussi esclave de ton projet.

En y regardant de plus près, l'esclave d'une telle passion sera toujours, à mes yeux, "UNE ESCLAVE AFFRANCHIE".

Félicitation pour ton travail !

Ton papa,

Ronald

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Mise en contexte et problématique

Au cours du prochain siècle, le plus grand défi d'amélioration des soins de santé ne résidera probablement pas en la découverte de nouveaux traitements, mais plutôt en la réorganisation des processus de soins (Pronovost et al. 2004). Cet intérêt grandissant pour l'amélioration des soins est lié à de multiples facteurs. Haddad, Roberge et Pineault (1997) suggèrent les enjeux économiques, professionnels, politiques et sociologiques. La collaboration entre médecins et infirmières fait partie des mécanismes contribuant à l'amélioration de la qualité des soins ainsi qu'à la diminution des coûts au Centre hospitalier (Kuhr 1985). C'est pour cette raison que plusieurs auteurs ont essayé de comprendre les processus d'interdisciplinarité entre médecins et infirmières ainsi que leurs impacts sur la qualité des soins (Schmitt, 2001). Une bonne collaboration entre les professionnels est associée à une plus grande capacité à répondre aux besoins du patient et de la famille (Lindeke et Sieckert, 2005 ; Shortell, Zimmerman et Rousseau, 1994).

En Amérique du Nord, des signes de restructuration et de réorganisation du système de soins de santé se font ressentir. Cette nouvelle vague est motivée par le désir d'amélioration de la qualité des soins de santé dispensés (Tourangeau, Stone et Birnbaum, 2003). Le manque de collaboration entre les professionnels de la santé provoque divers problèmes et a un impact direct au niveau de la qualité des soins. Étant donné que les ressources allouées au système de santé ne cessent de diminuer, il devient essentiel d'utiliser pleinement la synergie développée dans une relation de collégialité pour le bien de ceux qu'elle sert (Blickensderfer, 1996). Tant au niveau de la structure, que des processus ou des résultats, une équipe multidisciplinaire collaborant de façon harmonieuse a le potentiel d'offrir un apport positif au système de santé. C'est d'ailleurs une priorité du gouvernement canadien d'améliorer le travail d'équipe et la collaboration dans le système de santé (Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé, 2006, Commission of the Future of Health Care in Canada, 2002, Standing Committee on Social Affairs).

1.1.1 Caractère unique des soins intensifs

Les unités des soins intensifs possèdent des caractéristiques procurant un environnement unique d'observation des différentes dynamiques. Ces unités accueillent des patients dont les besoins et l'état physiologique peuvent changer à tout moment (Long et Jones, 2000). Leurs

différentes pathologies mettent sans cesse leur vie en danger et le pronostic est souvent incertain (Sole et Hartshorn, 2001); ce qui demande aux professionnels la capacité de se remettre en question et de modifier le plan d'action à tout moment afin d'offrir les soins les plus appropriés. La collaboration entre médecins et infirmières prend alors toute son importance et oblige les professionnels à se transmettre rapidement l'information. Les infirmières doivent continuellement évaluer la condition du patient et suivre les protocoles de soins médicaux permettant de poser des actes habituellement réservés aux médecins (Long et Jones, 2000). L'état des patients pouvant changer à tout instant, un bon travail de collaboration entre infirmière et médecin est primordial afin que le médecin puisse opter pour le traitement le plus adapté. Dans ces moments, il peut être difficile pour le patient et sa famille de suivre le déroulement des faits et comprendre le processus de soins en constante modification. Cet état demande un ajustement mutuel, tant de la part des professionnels, des patients et de leur famille.

Les besoins psychologiques des patients et de leur famille sont bousculés. Les patients font face à une altération du rythme circadien et éprouvent un manque de contrôle (Prevost, 2001). Ces déficits peuvent engendrer la peur, l'angoisse, la frustration et l'anxiété (Prevost, 2001 et Biezek, 2007). La famille fait également face à une situation de stress et aux mêmes sentiments ressentis que la personne hospitalisée (Prevost, 2001). Ces personnes sont alors moins à l'écoute de leurs propres besoins et leur capacité de *coping* se voit diminuée (Prevost, 2001). Elles ont alors besoin d'être rassurées, d'être près du patient, de recevoir de l'information et d'obtenir du support (Prevost, 2001). Ces besoins peuvent nuire à leur perception de la qualité des soins puisque leur énergie est davantage dirigée à contrôler leur environnement. Les objectifs des professionnels doivent donc inclure tant le patient que sa famille (Sole et Hartshorn, 2001). Certaines interventions peuvent atténuer ces sentiments, entre autres, établir une relation de confiance et leur procurer de l'information (Biezek, 2007). Lorsque l'information entre les professionnels est cohérente, les messages adressés au patient et à sa famille sont plus clairs et faciles à comprendre. Cette information et le soutien offerts par le personnel sont très importants afin de redonner au patient et à sa famille le sentiment de contrôle dont ils ont besoin pour traverser cette épreuve (Prevost, 2001). Une des responsabilités des professionnels est alors de travailler en étroite collaboration afin de rencontrer les désirs du patient et offrir une meilleure qualité de soins, grâce à l'expertise de tous les professionnels (Sole et Hartshorn, 2001).

Pour ces raisons, les unités de soins intensifs sont des milieux particuliers pour la recherche puisque les patients et leur famille font face à des situations uniques. De plus, le personnel travaille dans un milieu hautement technologique où les décisions sont prises rapidement étant donné leur impact majeur sur le pronostic du patient.

1.1.2 Collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmières

Plusieurs effets négatifs se font ressentir directement dans les milieux de soins lorsqu'il existe un manque de collaboration entre médecins et infirmières. Le changement de contexte organisationnel engendre l'altération de la relation professionnel-patient et les processus de prise de décisions en sont ébranlés (Aiken, Sochalski et Lake 1997). Dans les soins de santé, lorsque certaines erreurs ont des conséquences désastreuses, le manque de communication interdisciplinaire est souvent mis en cause (Rafferty et al. 2001). Des erreurs médicales et une pauvre qualité de soins peuvent résulter d'une communication et d'une collaboration déficiente entre les membres de l'équipe de santé (Evanoff, 2004). Un manque de collaboration peut ainsi mener à une fragmentation des soins, l'insatisfaction des patients, mais également à l'insatisfaction des professionnels de la santé (Henneman, Lee et Cohen, 1995).

Par contre, une bonne collaboration médecins-infirmières engendre de nombreux éléments positifs. Un nombre significatif d'études récentes ont conclu qu'un niveau supérieur de collaboration augmente la satisfaction des familles face aux soins du patient (Schmitt, 2001). La collaboration médecins-infirmières améliore la qualité des soins et diminue les coûts pour l'institution (Kuhr, 1985). Selon Ruchholtz et al. (2002), une des façons de diminuer les taux de mortalité et de morbidité, est l'implantation d'un système de gestion de la qualité avec une forte approche multidisciplinaire. En effet, les unités où le personnel perçoit le travail d'équipe à un niveau plus élevé de développement ont des taux de mortalité plus bas que celles où le personnel se perçoit plus dépendant. Les unités plus performantes perçoivent leur équipe comme étant plus structurée (Wheelan, Burchill et Tilin, 2003). Un travail d'équipe et une bonne collaboration sont effectivement associés à une diminution de la durée de séjour, une diminution du roulement de personnel, une hausse de la qualité de soins et une plus grande capacité à répondre aux besoins de la famille (Shortell, Zimmerman et Rousseau, 1994). D'autres bénéfices ont été soulevés tels, l'amélioration des résultats financiers, la diminution du taux d'absentéisme, une plus grande qualité de soins, l'augmentation de la motivation des employés, une diminution des conflits et de meilleurs résultats pour le patient

(Firth-Cozens, 1998; 2001). L'apprentissage et le développement durable du personnel, l'utilisation du plein potentiel des ressources, la minimisation des dépenses inutiles, l'amélioration de la performance et de la qualité du travail sont tous des éléments découlant directement de la collaboration (Ingram et Desombre, 1999).

1.1.3 Communication entre les professionnels, les patients et leur famille

Selon le patient et sa famille, la communication est une des pièces centrales de la qualité des soins (Street 2003). Elle est particulièrement importante lorsque le pronostic est incertain. Les valeurs, les attentes et les désirs du patient et de sa famille prennent une toute autre dimension face à ces incertitudes (Babrow et Mattson, 2003). Selon Sundeen et al. (1998), la communication peut être uniquement au transfert d'information entre deux personnes. L'échange peut aussi être perçu comme la base d'une relation où les messages verbaux et non-verbaux sont analysés (Sundeen et al. 1998). En 2003, Sheppard explique non seulement l'importance de la transmission de l'information dans la communication mais également celle de l'expression des sentiments du patient au professionnel. La communication peut alors être définie comme l'échange d'idée, d'opinion et de pensée à travers la parole, l'écriture ou les signes (Reuben, 2005). Richard et Lussier (2005) écrivent :

« Humaniser les soins signifie, dans les faits, modifier la communication entre les patients et le professionnel de la santé pour tenir compte de la personne du patient. Cependant, il est de plus en plus difficile de communiquer humainement dans le domaine de la santé, et ces difficultés sont là pour y rester. Pour s'en convaincre, il suffit de penser aux différentes influences parfois contradictoires auxquelles sont soumis les intervenants : les réformes actuelles de notre système de santé et les pressions qu'elles exercent sur les soins; les contraintes de temps de plus en plus marquées pesant sur les contacts entre les professionnels de la santé et les patients; le poids démographique croissant des personnes âgées; la prévalence des maladies chroniques; la complexité et la diversité des options thérapeutiques; la valorisation de l'autonomie des personnes et de leur participation active aux soins; la démocratisation de l'information médicale, à travers les médias et Internet. » (p. 1)

La qualité de la communication se traduit par l'écoute du professionnel aux questions du patient et de ses sentiments (Brown, Stewart et Ryan, 2003). La communication entre les professionnels, le patient et sa famille peut aussi inclure la famille comme source d'information pour les professionnels (Duhamel, 1995).

Indépendamment du fonctionnement de l'équipe, la majorité des auteurs évoque la problématique de la participation du patient à la dynamique de la collaboration (D'Amour et al. 2005). Il est important d'inclure la perspective du patient et de sa famille lorsqu'il s'agit

évaluer les résultats de la collaboration entre professionnels. Malheureusement, peu de travaux se sont penchés sur cette question, à savoir quel est l'impact de la collaboration interprofessionnelle sur la communication entre les professionnels et le patient et sa famille.

La communication entre médecins et infirmières est essentielle à l'amélioration du fonctionnement des unités de soins intensifs (Narasimhan et al. 2006). Larson et al. (1996), suggèrent que les professionnels devraient s'assurer de répondre aux besoins d'information des patients puisque leur perception de la qualité des soins est directement reliée à l'habileté qu'ont les professionnels à transmettre l'information.

1.2 Objectifs

D'un point de vue scientifique, cette recherche de type évaluative a pour objectif, de comprendre les différentes dimensions et mécanismes de la collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmières à l'unité de soins intensifs, entre autres, au moment crucial des tournées interdisciplinaires quotidiennes.

Dans un deuxième temps, l'étude vise l'évaluation de l'impact de cette collaboration sur la communication entre les professionnels et les patients et leur famille. Les dimensions de la communication professionnels/patients et familles influencées par la collaboration interprofessionnelle seront ainsi identifiées plus précisément.

Afin de comprendre le processus de recherche dans les prochains chapitres, la revue de littérature sera expliquée, la méthodologie utilisée, l'analyse des résultats puis finalement les conclusions seront exposées.

Chapitre 2 : Revue de littérature

2.1 Qualité des soins

La qualité des soins est un concept complexe au centre de la recherche en santé. Elle est difficile à évaluer puisque les critères diffèrent selon l'élément évalué (Hurliman, 2001). Il est parfois ardu de déterminer si la qualité des soins est due uniquement à l'obtention de résultats ou si d'autres notions telles, la compétence des professionnels de santé et l'efficacité doivent être incluses. La méthode choisie d'évaluation est largement influencée par la définition adoptée (Donabedian, 1987). En 1966, Donabedian explique que la définition de la qualité peut être variable selon la personne la définissant. De nombreuses variantes à ce concept sont possibles et sont influencées par les valeurs de la personne l'appréciant (Hurlimann, 2001). Cependant, la définition de la qualité adoptée doit refléter les valeurs et les buts véhiculés dans le système de santé actuel et les mœurs de la société (Donabedian, 1966). L'objectif est toujours d'améliorer et contribuer à ce que chaque acteur y trouve une satisfaction. Tenter d'évaluer et mesurer la qualité des soins de santé sans avoir établi préalablement une définition de celle-ci peut rapidement mener à des conclusions négatives (Health Care Financing Administration, 1988). Afin de définir ce qu'est la qualité tant au niveau de la collaboration que de la communication entre professionnels et le patient, voyons maintenant la vision de la qualité de chaque acteur.

2.2.1 Qualité des soins selon les différents acteurs du système de santé

Chaque acteur du système a ses objectifs et ses propres critères afin d'évaluer la qualité du système de santé. Que ce soit les utilisateurs, les professionnels ou les gestionnaires, ils possèdent tous une vision unique.

Selon le Conseil Québécois d'Agrément (2004), les patients, la population et les communautés, « (...) *ont des droits, des besoins et des attentes à l'égard des services inhérents à la mission de l'établissement et à la façon dont ils sont dispensés.* »

Les consommateurs possèdent généralement des connaissances limitées en santé (Haddad, Roberge et Pinault, 1997). Malgré tout, le public possède des connaissances croissantes en matière de santé puisque l'information est largement véhiculée via différents vecteurs engendrant des attentes du public accrues (Hurlimann, 2001). Lorsque vient le moment

d'évaluer le système de santé, il est important de nuancer la qualité attendue et celle ressentie par le patient et sa famille. La qualité attendue par la population des soins de santé, est celle bâtie par le patient et sa famille selon ses expériences vécues et leurs connaissances. Elle est évaluée par les familles à l'aide de sondages réalisés auprès de la population, de forums de consultation menés par les Régies régionales de la Santé et des Services sociaux et les associations de malades (Pomey et Safianik, 2007).

La qualité attendue est comparée aux soins ressentis lorsque patients et famille ont un contact avec le système de soins et les professionnels de santé (Pomey et Safianik, 2007). Le patient et sa famille expriment leur vision en comparant certaines situations vécues. C'est la qualité des soins qu'ils perçoivent lorsqu'ils utilisent le système de santé. La qualité perçue est souvent en fonction de la communication avec les soignants, des délais d'attente et des conditions hôtelières des établissements de santé (Hurlimann, 2001). Par conséquent, une bonne communication entre les professionnels et les patients engendre une plus grande satisfaction chez ces derniers (Brown, Stewart et Ryan, 2003). La qualité technique des professionnels se retrouve au second plan d'évaluation faite par les patients (Hurlimann, 2001). La qualité perçue est évaluée à l'aide d'enquêtes de satisfaction des usagers et de la population, des visites d'appréciation de la qualité des services par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, le Comité régional de Vigilance et de la Qualité, les commissaires régionaux aux plaintes de la qualité, la table de concertation régionale de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux et par le Protecteur du citoyen (Pomey et Safianik, 2007). Vient ensuite, la qualité perçue par les professionnels, représentée par la vision construite par les ressources humaines mettant en œuvre les services. Les professionnels éprouvent des besoins qui leur sont propres et nourrissent des attentes à l'égard de leur environnement de travail (Conseil Québécois d'agrément, 2004). Les professionnels de la santé définissent la qualité voulue selon leurs connaissances et ce qu'ils désirent offrir comme service de santé. La perception de la qualité peut être différente selon les professions car les représentations ne sont pas nécessairement homogènes (Haddad, Roberge et Pinault, 1997). Médecins et infirmières ne partagent pas les mêmes critères de qualité puisque leur culture et leur ordre professionnel diffèrent. Contrairement à la vision des patients, l'évaluation de la qualité des soins par les professionnels est davantage basée sur le côté technique des soins. Au deuxième rang vient la relation avec le patient, la communication et la capacité à maintenir une relation de confiance (Hurlimann, 2001). La qualité voulue par les professionnels est évaluée à l'aide de codes éthiques émis par les ordres professionnels, par la formation des professionnels et la

définition des standards de qualité de soins (Pomey et Safianik, 2007). Parallèlement, il y a la qualité rendue au patient et à sa famille (Pomey et Safianik, 2007), celle que le professionnel juge en regard des soins qu'il prodigue. La qualité rendue par les professionnels est évaluée à l'aide du Système d'agrément des établissements, des visites d'appréciation des établissements par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, des rapports du coroner, du curateur et du Vérificateur général du Québec, des inspections faites par les ordres professionnels, par la direction de la qualité au Ministère de la Santé et des Services sociaux, par les tableaux de bord et le Comité régional de Vigilance et de la Qualité émis par les agences régionales de la Santé et des Services sociaux et par l'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux (Pomey et Safianik, 2007).

Les derniers acteurs impliqués dans le système de soins sont les organismes payeurs gérés par l'État. Dans le système de santé canadien, ce sont en particulier les contribuables qui désirent recevoir des services appropriés, efficaces et au meilleur coût possible (Conseil québécois d'agrément, 2004). La qualité des soins vue par les pouvoirs publics est d'ailleurs davantage orientée vers l'utilisation optimale des ressources (Hurlimann, 2001). La logique utilisée dans cette optique est de type économique, l'objectif étant de procurer au plus grand nombre de personnes les soins essentiels, plutôt que l'excellence à une minorité de la population (Haddad, Roberge et Pinault, 1997). C'est l'efficacité du système et le contrôle des coûts qui priment (Hurlimann, 2001) parce que les nombreux acteurs du système de santé ont des perspectives différentes de la qualité, il est difficile d'évaluer uniquement une vision et ainsi obtenir une définition unique de la qualité. Peu d'études ont pris en considération la vision des différents acteurs afin d'évaluer la collaboration entre médecins et infirmières et, ainsi, évaluer l'impact sur la communication des professionnels avec le patient et sa famille. Les études futures devraient s'attarder davantage sur une vision de plusieurs acteurs du système de santé québécois.

2.3 Collaboration infirmières-médecins

La collaboration est un processus requérant une intention de partage des connaissances et comprend la responsabilité des soins du patient. Au sein d'une relation à long terme, la collaboration suit une trajectoire de développement impliquant un processus établi dans le temps, depuis le départ de certains membres de l'équipe jusqu'à l'arrivée d'autres, et ce malgré certains changements de structures (Lindeke et Sieckert, 2005). Différentes définitions

de la collaboration ont été proposées au cours des recherches, entre autres : médecins et infirmières travaillent ensemble, partageant les responsabilités pour la résolution de problème et la prise de décisions, afin de formuler et de maintenir un plan de soins des patients (Baggs, 1994). En 1999, Baggs reprenait sa définition avec un groupe de travail et écrivaient :

« Les médecins et les infirmières travaillent ensemble, partagent la responsabilité pour résoudre les problèmes et prennent les décisions pour établir et réaliser le projet de soins. » (Traduction libre de l'anglais de Baggs et al. 1999, p. 1992).

Selon d'autres auteurs, elle se définit par l'interaction entre les médecins et les infirmières permettant aux connaissances et aux habiletés des professionnels d'influencer en synergie les soins donnés au patient (Weiss et Davis, 1985). La collaboration est s'appuie sur le partage de l'autorité, assumant le pouvoir basé sur l'expertise en opposition au rôle ou à la fonction. Elle implique que chaque personne soit considérée comme membre à part entière et contribue à la réalisation d'un produit ou but commun. Il est important que chaque individu comprenne clairement et accepte son rôle et son niveau d'expertise (Henneman, Lee et Cohen, 1995).

2.3.1 Facteurs contribuant à la collaboration professionnelle en santé

Plusieurs facteurs, valeurs et structures contribuent à optimiser la collaboration interprofessionnelle. Les facteurs favorisant la collaboration, sont une excellente habileté de communication, le respect, la confiance entre les différents professionnels, le partage des responsabilités pour la planification, la prise de décisions, la communication ouverte et la coordination (Henneman, Lee, Cohen, 1995 et Baggs, 1994). Plusieurs valeurs véhiculées par la culture de l'établissement favorisent la collaboration, entre autres : la participation, le support du système, l'autonomie, l'égalité, la liberté d'expression et l'interdépendance (Henneman, Lee, Cohen, 1995). Parmi les structures favorisant la collaboration, on retrouve les réunions multidisciplinaires, les plans de soins ainsi que certaines normes pouvant être considérées comme des données empiriques de référence (Henneman, Lee, Cohen, 1995).

Dans une étude quantitative, Shortell et al. (1991) ont étudié l'interaction des soignants par la culture de l'unité, le leadership, la communication, la coordination et la façon de résoudre les problèmes grâce au « ICU Nurse-Physician Questionnaire ». Leurs résultats ne démontraient pas de différence sur le taux de mortalité ajusté des patients, mais une association entre la performance de l'unité et la culture (le partage des normes, les croyances et les attentes), le leadership, la coordination (au sein des soins intensifs et entre les autres unités), la communication et la gestion de conflits. L'évaluation de la performance de l'unité incluait

une diminution de la durée du séjour aux soins intensifs, une diminution du roulement du personnel chez les infirmières, une meilleure qualité technique des soins et une plus grande facilité à répondre aux besoins des patients. Ce serait donc un ensemble de facteurs qui encouragent les professionnels à travailler en collaboration.

L'objectif d'une étude transversale, exploratoire et corrélationnelle, menée par Hansen et al. (1999) était de comprendre la perception de la collaboration médecins-infirmières et l'utilisation de la recherche à l'urgence. Cent soixante-six médecins et infirmières ont répondu à un questionnaire mesurant le leadership, la communication, la résolution de problèmes et la coordination. À l'aide de l'outil d'analyse statistique ANOVA, les chercheurs ont obtenu des résultats significatifs liés à la promotion de l'utilisation de la recherche à l'urgence. Par contre, une différence significative était mise en évidence entre la perception des médecins et des infirmières sur la collaboration et l'utilisation des données de la recherche.

Ainsi, la collaboration médecins et infirmières est influencée par de nombreux facteurs. Le respect, la culture, le leadership et la communication sont quelques-uns des éléments sur lesquels les professionnels et les gestionnaires doivent travailler afin d'améliorer cette collaboration, de même que la perception de la qualité sentie par le patient et sa famille.

2.3.2 Impact de la collaboration médecins-infirmières sur le patient et sa famille dans les unités de soins intensifs

Plusieurs études utilisant des devis quantitatifs ont été menées afin de déterminer l'impact d'une gestion interdisciplinaire efficace auprès des patients. Certaines se sont penchées sur les structures mobilisées ou les processus, d'autres enfin, sur les résultats du travail de collaboration.

Dans une étude Donchin et al. (1995), l'objectif était d'approfondir la nature et la cause des erreurs dans les unités de soins intensifs. Deux méthodes de collectes de données ont été utilisées au même moment; tout d'abord, les rapports d'accidents faits par les médecins et les infirmières immédiatement après que l'erreur ait été constatée. La deuxième méthode était l'observation d'un groupe de patients. Cinq cent cinquante-quatre erreurs humaines ont été relatées par les professionnels, 45 % de celles-ci étaient commises par les médecins et 55 % par les infirmières. Lors de la discussion, les auteurs expliquent qu'un nombre significatif

d'erreurs humaines peuvent être attribuées au manque de communication entre médecins et infirmières (Donchin et al. 1995).

L'étude de Wheelan, Burchill et Tilin (2003), avait pour objectif d'établir la relation entre le lien d'attachement à l'équipe et les résultats chez le patient. Dans cette étude quantitative, 394 professionnels, dans 17 unités de soins intensifs, ont complété un sondage démographique et un questionnaire sur le développement du groupe. De plus, afin d'évaluer l'impact du travail d'équipe chez les patients, les chercheurs ont révisé les dossiers sur une période de cinq jours, plusieurs fois sur chaque quart de travail. Les chercheurs ont observé que les unités où le personnel perçoit le travail d'équipe à un plus haut niveau, se font davantage confiance et ont des taux de mortalité plus bas. Les unités les plus performantes perçoivent leur équipe plus structurée.

Dans une étude quantitative, l'objectif était de comparer le nombre d'accidents rapporté et les dossiers médicaux dans les unités de soins intensifs. Cent trente-deux événements négatifs ont été répertoriés soit dans 48 % des dossiers et 47 % de ces événements étaient reliés aux professionnels. Les plus communément identifiés étaient les infections nosocomiales, l'aspiration, l'état neurologique compromis, l'arrêt respiratoire et le délai diagnostique et les traitements. Enfin, 20 % de ces effets négatifs ont été considérés évitables et 41 % étaient de toute évidence causés par l'organisation du travail (Beckmann et al. 2006).

Aux États-Unis, l'objectif d'une étude prospective, descriptive et corrélationnelle, menée par Baggs et ses collaborateurs (1999), était d'approfondir l'association entre la collaboration médecins-infirmières et les résultats chez les patients. Un questionnaire a été complété par 322 professionnels lors du transfert de l'unité de soins intensifs vers une unité de soins moins aigus. Les professionnels de santé ont rapporté que, plus il y a de collaboration entre médecins et infirmières dans le processus de transfert de décisions, plus les effets négatifs sont réduits chez les patients.

Dans deux centres de traumatologie d'Allemagne, des chercheurs ont évalué l'impact de l'instauration d'un système de gestion multidisciplinaire. Les auteurs ont obtenu une amélioration du temps pour obtenir un diagnostic, en réduisant le délai radiologique avant la tomographie chez les patients blessés gravement au cerveau. Ils ont également obtenu une

réduction du taux de mortalité, passant de 6.3 et 6.5 % décès chez les patients ayant subi un grave traumatisme (Ruchholtz et al. 2002).

Dans une étude prospective de cohorte, les objectifs étaient l'évaluation et l'amélioration de la communication pendant la tournée des patients aux soins intensifs en utilisant une feuille d'objectifs communs. Pronovost et al. (2003) ont posé deux questions aux participants qui devaient répondre à l'aide d'une échelle de Lickert de 1 à 5. De façon significative, au début de l'étude, seuls 10 % des professionnels connaissaient les buts du traitement, tandis qu'après l'instauration de cette structure, ce chiffre s'élevait à plus de 95 %. Les auteurs ont obtenu une réduction de la durée de séjour de 2.2 à 1.1 journées d'hospitalisation dans les soins intensifs. Les employés ont également eu le sentiment que la qualité des soins s'était améliorée. La formule facilite la communication et clarifie le travail à accomplir auprès du patient. Cependant, cette étude présente des limites énoncées par les chercheurs. La réduction de la durée de séjour n'est peut-être pas uniquement due à cette feuille d'objectifs communs puisque d'autres efforts réalisés simultanément ont été fait dans le même sens.

Lors d'une étude quantitative en Angleterre, un sondage a été réalisé auprès de 10 022 infirmières dans 32 centres hospitaliers. L'objectif était d'explorer le travail interdisciplinaire et l'autonomie des infirmières et leurs impacts sur les infirmières et les patients, de même que la qualité des soins selon les infirmières. Les auteurs ont conclu que les infirmières estimant avoir travaillé davantage en équipe ont tendance à être plus satisfaites de leur travail, planifient conserver ce travail et souffrent moins d'épuisement professionnel. De plus, elles perçoivent une amélioration de la qualité dans leur unité depuis la dernière année, ont confiance en la capacité des patients à gérer leurs soins suite au congé de l'hôpital, démontrent un plus grand niveau d'autonomie et sont plus impliquées dans le processus de décision (Rafferty et al. 2001).

Lors d'une étude comparative américaine, israélienne, italienne et mexicaine sur la collaboration médecins-infirmières, un questionnaire portant sur la collaboration a été complété par 2 522 d'entre eux. Les auteurs ont conclu que, dans les centres où les infirmières jugent utiliser le plus de travail d'équipe, on retrouvait une plus grande participation de toutes les disciplines, une meilleure communication entre les membres de l'équipe de soins, des meilleurs résultats pour le patient et sa famille, une reconnaissance précoce des patients à risque et ce peu importe les frontières géographiques (Hojat et al. 2003).

Au début des années 80, les « Magnet Hospital¹ » aux États-Unis, ont été les premiers à avoir d'excellents taux de satisfaction sur le travail des infirmières, sur la satisfaction relationnelle avec les médecins, et sur leur degré d'autonomie (Aiken, 1999). La satisfaction au travail des employés dans les environnements favorisant la collaboration a été analysée. Dans une étude à devis mixte, poursuivie dans 40 unités ayant une clientèle atteinte du VIH, 20 patients par unités ont été rencontrés en entrevue et 820 infirmières ont répondu à un sondage analysé statistiquement grâce à des Chi 2. Ces centres hospitaliers ont obtenu des résultats significatifs et un taux de mortalité inférieur de 4.6 % chez les patients Medicare² comparativement aux hôpitaux de contrôle. Ces résultats seraient dus à une meilleure formation du personnel infirmier et au climat promoteur de soutien pour la profession (Aiken, 1999).

En ce qui concerne les études qualitatives, elles sont moins nombreuses. L'étude qualitative menée par Evanoff et al. (2004) avait pour but d'évaluer la communication et le consensus des objectifs de soins entre les membres de l'équipe. L'échantillon était constitué de 437 patients sélectionnés dans six unités d'un hôpital de soins aigus tertiaires. Le médecin, l'infirmière et le technicien de soins aux patients avaient à expliquer leurs trois priorités de soins, deux fois par jour. Dans leur conclusion, les auteurs expliquent que les membres de l'équipe ont différentes priorités de soins et que la communication entre les professionnels est inconsistante. Ils ajoutent qu'une pauvre communication et un manque de collaboration entre les membres de l'équipe peuvent conduire à des erreurs médicales et une qualité moindre des soins.

L'objectif de Krairiksh et Anthony (2001) était de comprendre les relations entre la participation des infirmières dans le processus décisionnel, les compétences de leadership du gestionnaire et la collaboration médecins-infirmières. Les auteurs ont fait l'analyse de questionnaires distribués à des infirmières pour évaluer le processus décisionnel, la perception de leurs compétences et de la collaboration avec les médecins. Les résultats de l'étude démontrent l'évidence d'une relation entre les structures, processus organisationnels et le processus de soins.

¹ Ces Centres hospitaliers ont instauré un modèle infirmier et une organisation du travail favorisant une excellente qualité des soins infirmiers (Aiken, Smith et Lake, 1994).

² Medicare est l'assurance santé et hospitalière fédérale aux États-Unis. Elle s'adresse aux personnes de 65 ans et plus et celles ayant un handicap (Medicare Legal Definition, 2008).

Quelques méta analyses ont également été réalisées sur la collaboration. Zwarenstein et Bryant (2000) ont recensé les études quantitatives portant sur les interventions améliorant la collaboration médecins-infirmières dans un contexte de soins de première ligne. Ils ont observé à l'aide des résultats des études les plus probantes, qu'une meilleure collaboration entraînait une diminution des coûts sans effet négatif apparent pour le patient. L'amélioration des résultats est perçue tant par les gestionnaires que par les professionnels de santé. En général, ces études n'obtiennent pas de résultats statistiquement significatifs en ce qui concerne l'impact sur le taux de mortalité.

Dans une autre revue de la littérature, l'objectif était de revoir les études portant sur les résultats et le coût de la collaboration interdisciplinaire. Les auteurs ont relevé un nombre significatif d'études concluant qu'une meilleure collaboration augmente le niveau de satisfaction des familles face aux soins des patients (Schmitt, 2001).

2.3.3 Piste de solution au manque de collaboration : les tournées interdisciplinaires quotidiennes auprès des patients hospitalisés

En 1980, des structures visant la promotion de la collaboration entre les infirmières et les médecins ont commencé à se mettre en place (Baggs et al. 1999). Pour améliorer la qualité des soins, les tournées interdisciplinaires quotidiennes auprès des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs ont été créées (Solberg et al. 1998). Elles sont des mécanismes de coordination développés au début des années 90 afin de répondre au besoin de modèle de collaboration, dans le but d'améliorer la qualité des soins (Halm et al. 2003). Elles favorisent la rencontre des divers professionnels comme l'infirmière assignée au patient, l'infirmière clinicienne spécialisée, la travailleuse sociale et parfois les médecins (Halm et al. 2003). Elles consistent à réunir quotidiennement les professionnels concernés par les soins et le suivi des patients. Les objectifs reposent sur le partage d'informations pertinentes relatives à la condition du patient et les approches possibles de gestion des problématiques (Halm et al. 2003). De plus, dans les unités de chirurgie, ces rencontres permettent de discuter de la gestion médicale, de la planification du congé du patient et d'établir les priorités de travail de la journée, tout en améliorant la communication et la collaboration entre les professionnels et les patients (Vazirani et al. 2005 et Aston et al. 2005). La mise en place de cette structure provoque alors la rencontre et génère la discussion entre les professionnels impliqués auprès du patient, constituant ainsi un moment privilégié de collaboration. La comparaison des tournées traditionnelles et interdisciplinaires démontre que ces dernières conduisent à une

diminution de la durée de séjour ainsi que des coûts pour les patients hospitalisés sur une unité de médecine et vont en accroissant la satisfaction du personnel (McEachern, Curley et Speroff, 1998).

Une autre étude quantitative, menée à New-York, aux États-Unis, avait pour objet l'évaluation d'un plan de travail journalier, standardisé aux soins intensifs, complété pendant les tournées multidisciplinaires. Les données ont été obtenues à l'aide d'un sondage et de la feuille de travail. Les résultats ont été analysés avec un t-test. En moyenne, 78 % des infirmières et 92 % des médecins comprenaient les objectifs de la journée. Après l'instauration de la feuille de travail interdisciplinaire, 96 % des infirmières et 98 % des médecins comprenaient les priorités de soins. De plus, les auteurs ont constaté une amélioration significative de la collaboration entre les infirmières et les médecins ainsi qu'une diminution de la durée de séjour de 6.4 jours à 4.3 jours sur une période de 9 mois (Narasimhan et al. 2006).

Un groupe de médecins et d'infirmières au MetroHealth Medical Center, aux États-Unis, a formé une équipe d'amélioration continue des soins, afin d'évaluer les processus de soins médicaux des patients hospitalisés. Lors de cette étude aléatoire contrôlée, des tournées interdisciplinaires hebdomadaires ont été mises en place dans trois unités de soins aigus. L'échantillon était composé d'un total de 1 102 patients dont la moitié était hospitalisée sur une unité avec des tournées traditionnelles, et l'autre avec un suivi multidisciplinaire. L'obtention d'une diminution des coûts et de la durée de séjour a été possible grâce au travail de l'équipe multidisciplinaire. Une amélioration de la satisfaction du personnel a également été observée par d'un sondage effectué auprès de quarante professionnels (Curley, McEachern, Speroff, 1998).

Vazirani et al. (2005) avaient pour but de déterminer l'impact d'une intervention sur la communication et la collaboration entre médecins et infirmières dans une unité de soins intensifs. L'intervention consistait à ajouter une infirmière praticienne dans chacune des équipes, attribuer un médecin par patient hospitalisé et avoir des réunions journalières multidisciplinaires durant la semaine. L'échantillon était constitué de 56 médecins et 123 infirmières. Les auteurs ont obtenu un p significatif et conclu que le travail multidisciplinaire conduit à l'amélioration de la communication et de la collaboration entre les professionnels. Après l'instauration de ces tournées, les infirmières ont fait un sondage par le biais de deux

sites Internet appartenant à des associations de soins intensifs. Elles ont obtenu 23 réponses provenant d'infirmières travaillant dans trois différents pays. Grâce à la mise en place de tournées interdisciplinaires, les professionnels ont observé un changement d'objectif des tournées, ont remarqué une plus grande participation de toutes les disciplines, une meilleure communication entre les membres de l'équipe, l'amélioration des résultats chez le patient et sa famille par l'augmentation de la reconnaissance précoce des patients à risque. Il a été déterminé que les tournées interdisciplinaires sont un mécanisme valable pour améliorer les résultats chez les patients et leur famille et augmenter le professionnalisme chez les employés (Halm et al. 2003).

Aston et al. (2005), ont analysé l'expérience de médecins et d'infirmières, et leurs différentes perceptions suite à la mise en place de rencontres matinales en chirurgie grâce à des entrevues semi-structurées. Ces rencontres permettaient de discuter de la gestion médicale et chirurgicale, la planification du congé, l'assistance aux membres dans le but d'établir les priorités de travail pour la journée. Certains aspects sont ressortis lors des entrevues. Tout d'abord, une meilleure planification des activités de la journée et l'accroissement du sentiment de contrôle. Ensuite, une amélioration des connaissances a été soulignée grâce à la possibilité d'apprendre les uns des autres. Enfin, une diminution des relations de pouvoir, se traduisant par certaines familiarités et une meilleure compréhension des priorités et des attentes des différentes professions ont été observé suite à l'implantation des tournées interdisciplinaires (Aston et al. 2005).

2.4 Communication entre professionnels, patients et familles

En 1996, un rapport marquant le début d'une nouvelle ère était publié par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (1996). Il définissait alors sept compétences essentielles, devant être acquises par les médecins, dont les habiletés communicationnelles et la capacité de collaboration avec les autres professionnels de santé. Parmi les autres compétences requises, on retrouve l'expertise médicale, la gestion, la promotion de la santé, l'érudition et le professionnalisme. La communication et la collaboration ne sont donc pas uniquement des nécessités pour les infirmières et les autres professionnels de santé, mais également une réalité pour les médecins du Québec.

Le langage verbal utilisé entre les professionnels de la santé et la population est unique. Il se différencie, par la science et l'humanisme (les valeurs, les aspirations et les limitations). La subjectivité revêt une importance particulière et l'incertitude oblige le patient et sa famille à se questionner sur leurs valeurs, attentes, et désirs (Babrow et Mattson, 2003). Pour ces raisons, les modèles théoriques de communication entre professionnels, patients et famille ont été influencés par plusieurs courants de pensées, entre autres, la tradition rhétorique, sémiotique, phénoménologique, cybernétique, sociologique, socioculturelle et critique (Craig, 1999). Certains modèles, dont le modèle écologique, ont été adaptés aux particularités de la communication en santé et tiennent compte du contexte organisationnel, interpersonnel, médiatique, culturel et politico-légal de cette situation (Street, 2003). Il tente ainsi d'expliquer les processus d'interaction entre les professionnels et le patient.

2.4.1 Trois modèles d'approches

Il existe trois principaux modèles de relation professionnels-patients : le modèle biomédical, l'approche biopsychosociale et l'entrevue centrée sur le patient. Les deux derniers modèles ont été érigés en réaction au modèle biomédical traditionnel. C'est en Europe, au XIX^e siècle que le modèle biomédical a pris forme. Aujourd'hui, il est souvent critiqué et moins utilisé car d'autres modèles plus adaptés au mode de vie actuel ont été développés. Malgré ces controverses, il est toujours utilisé comme référence grâce à sa cohérence interne : il permet d'expliquer et de justifier les décisions médicales. Il permet d'élaborer une démarche diagnostique grâce à l'anamnèse du patient établie lors de l'entrevue. Cette dernière est utilisée afin de collecter les informations nécessaires pour poser un diagnostic décrivant le plus minutieusement possible les symptômes du patient. L'entrevue est davantage axée sur les besoins d'information du médecin, le modèle a souvent été critiqué puisqu'il néglige les aspects culturels, sociaux et fonctionnels de la maladie. De plus, il ignore totalement tout aspect subjectif de l'entrevue (Giroux, 2005).

La seconde approche, biopsychosociale, est basée sur la réponse aux critiques de la précédente et répond aux besoins d'information sur les aspects culturels, sociaux et fonctionnels de la maladie. Celui qui initia le mouvement encouragea les médecins à s'inspirer des domaines tels, l'anthropologie, la sociologie et la psychologie lors des entrevues. Cela marque le début de la conception multidimensionnelle et élargie de la maladie. Cependant, les déterminants psychosociaux de cette approche ont été très peu définis ce qui laisse des lacunes au niveau opérationnel (Giroux, 2005). La dernière approche est

l'entrevue centrée sur le patient. Ce modèle est fondé sur le fait que le médecin doit poser le diagnostic biomédical de la maladie et un diagnostic plus global tenant compte de la personne malade (Giroux, 2005). Il donne des explications précises sur les informations nécessaires lors d'entrevues. Il permet d'explorer la compréhension du patient envers sa propre maladie, de cerner ses émotions et préoccupations, d'évaluer les répercussions de la maladie sur ses activités familiales, sociales et professionnelles ainsi que de comprendre ses attentes et ses valeurs. Ce modèle offre deux avantages principaux : il propose une démarche d'entrevue précise qui laisse place à une dimension subjective et est un outil appréciable lors de l'enseignement des habiletés de communication dans le monde médical (Giroux, 2005).

2.4.2 Communication professionnels-patients-familles

La communication entre les professionnels de santé et la famille revêt une importance particulière lorsque la maladie d'un des leurs est soudaine et met sa vie en danger. Lorsqu'une personne est atteinte d'une urgence médicale, sa famille est alors bouleversée, fait face à une attente terrible et manque de contrôle (Fontana, 2006). Une évaluation du noyau familial devrait être faite chaque fois qu'elle vit un bouleversement ou risque de mettre en péril les relations familiales, comme par exemple, lorsqu'une personne est en phase terminale (Wright et Leahey, 2001). Cependant, il ne faut pas oublier que toute évaluation de la famille et du patient doit se faire de façon simultanée (Wright et Leahey, 1990). Une intervention s'impose si les professionnels remarquent un besoin d'information de la part du patient ou de sa famille, si la maladie d'un membre de la famille s'aggrave, si la maladie entrave une étape importante d'un des leurs ou si la personne malade chronique quitte l'hôpital pour retourner à la maison (Wright et Leahey, 2001). C'est en 1992 que deux auteurs, Craft et Willadsen (1992), ont commencé à recenser et analyser plus en profondeur les études faites sur les interventions entre les professionnels de santé et la famille des patients. Ils ont ainsi observé que cette facette de l'intervention était peu explorée par les chercheurs et que les modèles théoriques en ont souffert. Depuis, quelques études ont exploré l'importance d'inclure la famille dans la collaboration avec les professionnels et plusieurs modèles ont vu le jour.

La communication entre les professionnels et les patients est un des points décisifs sur l'interprétation de la qualité des soins reçus. C'est en effet sur l'aspect communicationnel que les patients sont le plus critiques envers les médecins (Richard et Lussier, 2005). Des auteurs ont étudié plus attentivement l'impact de la communication entre les professionnels et le patient sur des éléments très précis (Larson et al. 1996). Dans une étude non expérimentale,

menée par Larson et al. (1996), l'objectif était de déterminer l'association entre la rencontre des besoins d'information du patient, la satisfaction globale des soins, et le résultat sur la santé. Les chercheurs ont examiné les dossiers médicaux et un sondage a été fait à deux et huit semaines après que 167 patients en post-infarctus aient obtenu leur congé de l'hôpital. Les chercheurs ont utilisé une régression multi variée et ont obtenu que la rencontre des besoins d'information du patient est significativement associée à son degré de satisfaction. Leurs résultats suggèrent que les professionnels devraient toujours combler les besoins d'information des patients puisque leur perception de la qualité des soins et leur qualité de vie sont associées à la capacité des professionnels à transmettre l'information clé. Cette étude présente cependant quelques limites; sa généralisation est limitée puisque la population observée était atteinte d'une condition ciblée dans trois hôpitaux différents, des possibilités d'erreurs statistiques ont pu s'introduire et la validité de même que la fiabilité des instruments ne sont pas garanties préalablement par les auteurs.

Quelques études quantitatives sur la communication ont été réalisées au cours des dernières années. Au Brésil, Fontes Pinto Novaes et al. (1999) ont fait un sondage dont l'objectif était d'évaluer les facteurs stressants existant dans les unités de soins intensifs, du point de vue des patients, des proches et de l'équipe multidisciplinaire. Les 50 participants de chaque groupe étaient directement impliqués auprès du patient. Les auteurs voulaient ainsi identifier les différences et similitudes dans l'optique d'améliorer les soins aux patients. Les chercheurs ont conclu que la vision des facteurs stressants des familles et des professionnels possédait plusieurs similitudes avec celle des patients. Cependant, toutes les évaluations étaient teintées par leur perception de la situation du patient (Fontes Pinto Novaes et al. 1999).

En 2003, une étude prospective pionnière en France, menée par Azoulay et al. (2003) avait comme objectif d'évaluer la participation de la famille aux soins des patients dans les unités de soins intensifs, et évaluer son effet sur leur expérience. Des sondages complétés par 2 754 infirmières, 544 membres de famille et 357 patients ont permis de déterminer le niveau de compréhension face à l'état du patient et leur degré de satisfaction. Leurs résultats ont ainsi démontré que seulement 34,7 % des membres de la famille comprenaient le diagnostic, le pronostic et le traitement. Bien plus, la majorité des professionnels proposaient à la famille de participer aux soins mais la plupart refusait l'offre.

Deja et al. (2006) ont étudié la qualité de vie et le risque de syndrome post-traumatique chez les patients ayant été atteints de syndrome de détresse respiratoire aiguë. Avec les données recueillies suite aux questionnaires complétés par 129 anciens patients, les chercheurs ont conclu que le support social peut améliorer la santé mentale des patients et par conséquent, les résultats à long terme, avec entre autres, le retour au travail. Il est donc important que la famille soit impliquée auprès du patient et qu'elle soit encouragée par l'équipe médicale à participer et à se sentir concernée. La santé mentale du patient sera améliorée et les chances de retrouver une vie normale, sans séquelle, seront alors meilleures.

Actuellement, les recherches qualitatives sur la communication entre les professionnels de santé et la famille des patients, sont plus nombreuses. La relation infirmières-famille remplace la relation traditionnelle infirmières-patient dans les unités de soins intensifs à cause de leur état de santé compromis. Il se développe alors une relation de collaboration et ils travaillent ensemble dans l'intérêt du patient. Dans une étude menée par Hupcey (1998), les stratégies utilisées par les infirmières et les patients, pour créer une relation ont été identifiées. Des entrevues non structurées menées auprès de 10 infirmières de soins intensifs et 10 familles ont permis de catégoriser les stratégies, qui ont, par la suite, été évaluées par les infirmières. Les stratégies utilisées par les infirmières afin de développer une meilleure relation sont la persévérance, l'implication, l'engagement, tandis que les familles déterminent d'abord si l'apparence de l'infirmière convient, puis viennent l'ouverture et la confiance. Dans le cadre d'une autre étude qualitative menée par le même auteur utilisant la technique de « grounded theory », 11 membres de famille, 10 infirmières et 30 patients ont été rencontrés au cours d'entrevues non structurées. L'objectif du chercheur était d'observer la manière dont les infirmières interagissent avec les familles pour augmenter ou diminuer leur implication à l'unité de soins intensifs, comment elles maintiennent le contrôle et comment enfin les familles méfiantes trouvent leur place dans l'unité de soins. Lors de l'analyse des entrevues, les patients ont exprimé l'importance d'avoir un support familial afin de les surveiller et les protéger. Quant aux familles, elles ont le sentiment d'avoir eu un rôle important afin de protéger le patient, l'encourager et le calmer. Bien que le sujet de l'entrevue concernait le patient, l'auteur mentionne que les membres de famille ont passé la majeure partie de l'entrevue à exprimer leurs besoins et verbaliser leurs préoccupations. Les infirmières ont également évoqué l'importance de la présence familiale afin de réconforter le patient parmi les étrangers, l'encourager et lui parler. Pour conclure, l'auteur a observé que même si l'interaction entre les infirmières et la famille concernait le bien-être du patient, chaque partie

veillait à prime abord à ses propres intérêts puis en second lieu à ceux du patient (Hupcey, 1998).

Les études phénoménologiques sont un courant qui se développe dans le domaine de la communication, et quelques études construites sur ce modèle ont été recensées. En 1996, Chesla (1996) se penche sur la pratique des professionnels, à l'aide d'entrevues faites avec 130 infirmières s'occupant de familles dans les unités de soins intensifs. Un panel de pratiques avec les familles a été observé, en incluant la gestion biomédicale des patients, en impliquant la famille et en tenant compte de la complexité des soins technologiques des patients gravement malades. Les auteurs ont observé le besoin de transfert des connaissances entre les infirmières ayant des habiletés et des connaissances sur les interventions familiales et celles travaillant au chevet auprès des familles.

Au cours d'une autre étude phénoménologique interprétative menée par Chesla et Stannard (1997), les verbatims de 130 entrevues et 48 observations d'infirmières ont été analysés. L'objectif était de mettre en évidence les aspects les plus difficiles des soins offerts aux familles aux unités de soins intensifs. Les résultats ont mis en évidence cinq contraintes imposées par les infirmières : l'éloignement de la famille du patient, la distance entre les infirmières, le patient et sa famille, la perspective des familles comme étant caractérisée pathologique et le partage des soins à la famille. Les auteurs ont obtenu des conclusions semblables à l'étude précédente. Les interruptions des soins à la famille observés n'étaient pas nouvelles ou uniques. Afin d'avoir un système de santé réellement centré sur le patient et sa famille, ils suggèrent que les infirmières soient littéralement plongées dans un bain de connaissances et d'habileté individuelle au chevet du patient.

En 2006, Fontana réalise des entrevues avec 6 membres de famille. L'objectif de cette étude phénoménologique était de mieux comprendre l'état des familles faisant face à la possibilité d'un changement drastique de l'état de santé d'un proche. À la suite de l'analyse des entrevues, elle identifia dix thèmes ayant des implications spécifiques pour les soins infirmiers. Ils sont les suivants : l'incapacité à ressentir les sentiments habituels, l'attente terrifiante, la compréhension des non-dits, le contrôle de l'information diffusée, la protection des autres, l'isolement, le *coping* en se gardant occupé, la lutte contre le système, le point de saturation et un changement de la vision d'une vie normal.

À la suite de ces études, quelques recommandations ont été faites afin d'améliorer les interventions entre les professionnels et la famille. Les modèles théoriques sur les soins procurés par les professionnels auprès du patient et de sa famille sont rares et l'élaboration de modèle d'intervention leur étant destiné a souffert d'un manque de recherche (Craft et Willadsen, 1992). Hupcey (1998) explique que les familles vivent une situation extrêmement stressante qui doit être pris en considération lors d'interventions. C'est pourquoi il est important pour les infirmières de comprendre et d'identifier les comportements de façon à aider au mieux la famille au cours du processus d'hospitalisation aux soins intensifs. Les effets de l'intégration de la famille ont été peu explorés. Azoulay et al. (2003) suggèrent que les recherches devraient étudier l'impact à court et long terme, de la présence de la famille auprès des professionnels et des patients ainsi que leur vision de la qualité des soins. De plus, Chelsa (1996) et Chesla et Stannard (1997), suggèrent la présence d'infirmières ayant des bonnes connaissances et des habiletés relationnelles avec les familles, dans les unités de soins intensifs, afin d'augmenter et d'améliorer la pratique des infirmières au chevet. Par conséquent, une étude avec pour objet la compréhension de l'influence d'une équipe de professionnels organisés sur la communication entre ces derniers, le patient et sa famille contribuerait à l'avancement du corpus de connaissances sur le sujet.

En conclusion, les études, pour la plupart quantitatives, ont été réalisées aux États-Unis. Malheureusement, les quelques recherches se concentrant sur les unités de soins intensifs, visaient l'évaluation des résultats sans que le patient et sa famille aient la possibilité d'exprimer leurs priorités directement au chercheur.

2.5 Modèle de structuration de la collaboration professionnelle en santé

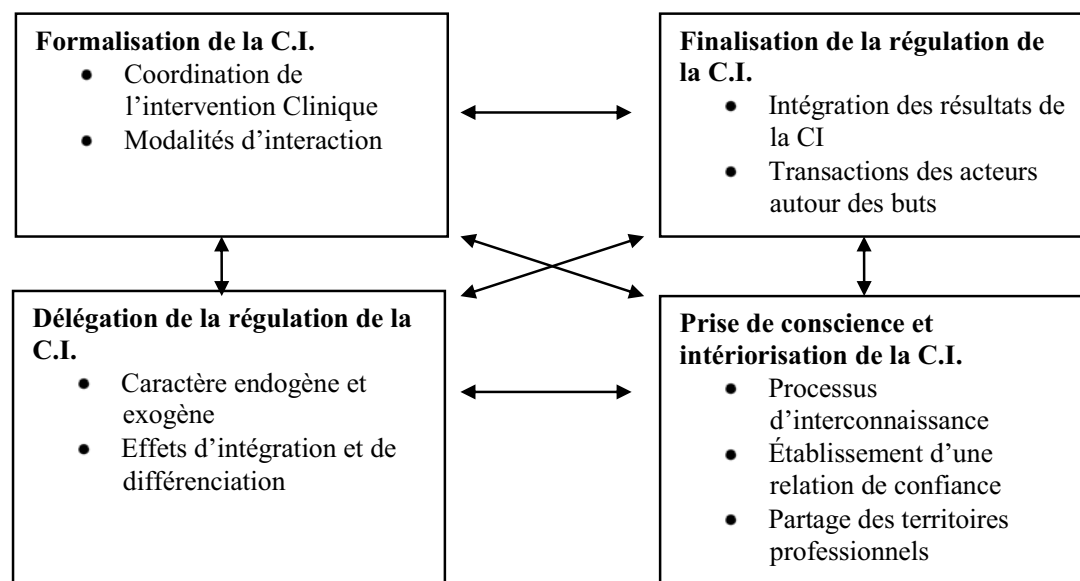
La collaboration interdisciplinaire est un mécanisme complexe englobant plusieurs déterminants qui s'influencent mutuellement (D'Amour, 1997). Plusieurs auteurs ont démontré des liens étroits entre la collaboration et le leadership, la communication, la gestion de conflits, la qualité des relations interpersonnelles, etc. (Shortell et al. 1991, Hansen et al. 1999 et Lindeke et Sieckert, 2005). Freidberg (1993) propose l'analyse de la compréhension de l'organisation selon quatre continuums, qui ne sont pas des étapes mais plutôt différentes catégories qui subdivisent la collaboration. Selon D'Amour (1997) :

« La collaboration interprofessionnelles est ainsi conçue comme la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les

acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes. Cette définition met l'accent sur un processus, sur les acteurs, sur la formalisation des relations ainsi que sur les influences externes à l'aire de travail » (p. 104)

D'Amour (1997) suggère l'adaptation de cette analyse pour étudier les mécanismes de collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé de première ligne au Québec. Lors de l'élaboration de ce modèle, les rapports humains ont été étudiés afin de comprendre le groupe, en s'appuyant sur la prémisse que la collaboration est un processus de structuration de l'action collective. Les quatre continuums sont le degré de formalisation et de codification de la régulation, le degré de finalisation de la régulation, le degré de prise de conscience et d'intériorisation de la régulation et enfin le degré de délégation explicite de la régulation.

Figure 1. Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (C.I.)
(D'Amour, 1997, p. 108)



La finalisation de la collaboration et la prise de conscience et l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle réfère aux processus de l'interaction humaine (D'Amour et Oandasan, 1997). La délégation de la régulation et la formalisation de la collaboration interprofessionnelle sont liées aux facteurs organisationnels de l'environnement.

La formalisation et la codification de la régulation sont caractérisées par les règles de conduite adoptées par l'organisation afin de régir les processus de l'action. La formalisation trouve son pouvoir lorsque les employés s'approprient ces règles et les utilisent comme ressources (Friedberg, 1993). Cette dimension comprend deux éléments importants; la coordination de

l'intervention clinique et les modalités d'interaction. La coordination de l'intervention clinique permet de désigner les responsabilités du professionnel responsable mais également de coordonner l'activité des autres professionnels impliqués auprès du patient (D'Amour, 1997). La coordination peut être évaluée selon différents indicateurs : les plans et horaires de travail, les politiques et procédures, le traitement des protocoles, l'implication du directeur de l'unité et les interactions directes entre professionnels qui tous facilitent les activités de travail (Hansen et al. 1999). De plus, la coordination entre les unités est un facteur à prendre en considération est définie par le lien entre les soins intensifs et les autres unités de l'hôpital (Shortell et al. 1991). Le second élément représenté par les modalités d'interaction, fixe les paramètres des interactions entre les professionnels intervenant auprès d'un même patient et inclut des données telles la nature des règles et leur souplesse, le degré de consensus autour de celles-ci et leurs influences sur les rapports de pouvoir entre les professionnels (D'Amour, 1997).

La deuxième dimension est la prise de conscience de la finalisation dans la collaboration interprofessionnelle. Elle représente la finalité et les objectifs communs des différents partenaires, comme celui du maintien du système de santé (Freidberg, 1993). La finalisation se traduit par deux éléments distincts. Le premier traite de l'intégration des résultats de la collaboration et des transactions des acteurs, c'est-à-dire la manière selon laquelle les acteurs intègrent les résultats pour construire leurs collaborations. Le second élément traite de la façon dont ces acteurs composent avec leurs propres buts et ceux de l'organisation (D'Amour, 1997).

Le degré d'intériorisation et de prise de conscience est le troisième continuum qui débute par l'interconnaissance des différents acteurs jusqu'à l'établissement d'une relation de confiance et le partage des responsabilités professionnelles (D'Amour, 1997). Le degré d'interconnaissance est le niveau de rapprochement entre les professionnels. Suite à cette connaissance de l'autre, une confiance mutuelle peut alors s'instaurer entre les professionnels. Un partage des connaissances optimal arrive alors et permet un meilleur suivi des patients. Bref, plus le degré d'interconnaissance de l'autre croît au sein des professionnels, plus le niveau de confiance est élevé, et plus le fonctionnement de l'organisation est souple (Friedberg, 1993).

Enfin, la délégation des responsabilités correspond à la régulation de la collaboration entre les différents professionnels (D'Amour, 1997). On peut retrouver cette délégation à un niveau endogène, faisant référence aux moyens internes utilisés pour gérer la collaboration. On y trouve les notions d'agents intégrateurs, agents qui permettent d'arbitrer les participants lors de conflits (Friedberg, 1993). Le caractère exogène de la délégation réfère aux influences externes, aux structures englobantes, telles les corporations professionnelles, les institutions d'enseignement ou encore les instances politiques (D'Amour, 1997).

2.6 Questions de recherche

1. Comment se traduisent les différentes dimensions de la collaboration entre médecins et infirmières à l'unité de soins intensifs?
2. Comment cette collaboration influence la communication entre les professionnels et les patients?
3. Comment cette collaboration influence la communication entre les professionnels et la famille?

3.1 Devis de recherche

La stratégie de recherche est la logique liant les données à collecter, et par conséquent, les moyens permettant de répondre à la question initiale de recherche (Yin, 2003). Selon Patton (2002), une stratégie de recherche est bien construite lorsqu'elle indique les lignes directrices et le cadre structuré nécessaire à la prise de décisions appropriées.

Cette recherche vise à identifier les comportements et le travail interdisciplinaire entre médecins et infirmières dans les unités de soins intensifs, qui contribuent à une meilleure communication avec les patients et leur famille. Considérant ces objectifs, c'est l'étude qualitative qui a été retenue puisqu'elle permet l'étude des interactions sociales et de leurs significations. Lorsque la question est l'interprétation des interactions sociales, la recherche peut être systématiquement adressée à des méthodes qualitatives (Giacomini et Cook, 2000). De plus, un devis qualitatif permet de décrire de manière approfondie le phénomène de collaboration et de communication (Patton, 2002).

L'étude de cas est utilisée comme devis de recherche afin d'approfondir la compréhension d'une situation plus que la généralisation de celle-ci (Stake, 1994). Elle a été retenue afin de permettre l'analyse en profondeur des processus de collaboration entre médecins et infirmières. Le cas est un système intégré où les parties peuvent travailler indépendamment les unes des autres, l'intégralité peut être irrationnelle; cependant elles forment un tout, un système (Stake, 1994). Stake (1994) ajoute que le choix du cas doit être fait selon celui qui donnera au chercheur le plus d'informations, mais ne sera pas nécessairement le plus représentatif. Ce type de devis permet d'expliquer l'ensemble des relations entre médecins et infirmières tout en tenant compte de plusieurs variables multidimensionnelles, telles la collaboration et la communication entre les professionnels, le patient et sa famille.

Le devis de recherche choisi est donc l'étude de cas unique contenant un niveau d'analyse selon plusieurs différentes perspectives. Le cas retenu est une unité de soins intensifs dans un centre hospitalier tertiaire. La collaboration entre médecins et infirmières est la première perspective. Elle est analysée selon les différentes dimensions du modèle théorique D'Amour (1997) soit la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la délégation de la collaboration

interprofessionnelle. La deuxième perspective est celle de la communication avec les patients et leur famille. Les éléments primordiaux de cette communication peuvent être liés à la première perspective, dépendamment des liens les attachant. Ces deux variables sont alors analysées transversalement selon la vision des gestionnaires, des professionnels, des patients et de leur famille.

3.1.1 Paramètres du devis de recherche

Les paramètres d'un devis comme l'étude de cas doivent être énoncés clairement afin de circonscrire le temps, les événements et les processus (Creswell, 1998). Dans un guide général, Yin (2003) explique que la définition des limites de l'unité d'analyse dépend de la façon dont la question de recherche initiale est définie. Les paramètres limitant le devis sont, les comportements de collaboration entre médecins et infirmières aux soins intensifs, contribuant à l'amélioration de la communication entre les professionnels, les patients et leur famille. Les autres comportements des professionnels de la santé ne sont pas regardés et analysés. Cette étude se limite aux médecins et infirmières des soins intensifs de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis. Le devis de recherche de cette étude, l'étude du cas, ne s'étend donc pas aux autres unités et Centres hospitaliers de la région.

3.1.2 Validité du devis de recherche

Tout d'abord, l'authenticité ou la crédibilité est le critère garantissant la qualité des observations du chercheur et de ses interprétations. Une des techniques suggérées par Miles et Huberman (2003) est l'utilisation de la triangulation des observations. Cette technique est appliquée par deux méthodes de collecte de données, l'entrevue semi-directive et l'observation non participante. L'entrevue semi-directive permet le recueil d'un maximum d'informations tout en laissant la liberté de parole aux participants. L'observation des relations de collaboration entre médecins et infirmières permet de valider les analyses et ouvrir celles-ci à des perspectives différentes. Ces deux méthodes permettent de valider certaines hypothèses lors de l'analyse des résultats.

Deuxièmement, le critère de validité externe, représente la possibilité de généraliser la recherche (Yin, 2003). Étant donné que l'étude de cas est utilisée comme devis de recherche, la généralisation analytique peut s'appliquer, contrairement à la généralisation statistique (Yin, 2003). Afin d'accroître ce pouvoir de généralisation, c'est le modèle théorique D'Amour qui sert de référence à l'analyse des données et à l'obtention des conclusions

appropriées. Devers (1999) explique la nuance de généralité dans le devis qualitatif où les concepts, tirés de la recherche, doivent être applicables dans des contextes similaires. Afin de rejoindre ce principe, des explications très précises sont fournies sur le rôle de la chercheuse, le contexte de l'étude et la façon dont ce contexte peut teinter l'étude. Les lecteurs peuvent, ainsi, mieux identifier dans quelles mesures les résultats de l'étude peuvent être applicables à leur milieu de travail.

En troisième lieu, la fiabilité est l'étendue avec laquelle un chercheur pourra reproduire l'étude d'un autre (Devers, 1999). Il est à noter que l'objectif est de reproduire la même étude et non d'obtenir les mêmes résultats lors de l'étude de cas (Yin, 2003). L'auteur doit éviter de teinter les résultats de ses croyances, valeurs et idéologies. Elle présume que le détachement réduise les biais. Cependant, si la proximité ne les provoquent pas nécessairement, la distance n'est pas non plus un gage d'objectivité (Patton, 2002). Bien que la chercheuse principale travaille dans ce Centre hospitalier, elle ne travaille pas dans l'unité de soins intensifs et connaît peu les professionnels de cette unité ce qui permet de conserver une certaine distance avec les sujets, et assure ainsi son indépendance. En tant qu'infirmière chercheuse, l'auteur doit être consciente de ses idées et de ses préjugés en faisant une analyse réflexive des biais pouvant être provoqués lors de l'élaboration des conclusions (Finlay, 2002). C'est pour cette raison qu'un processus de réflexion a été fait au préalable et qu'une attention particulière a été portée lors de la rédaction de l'analyse et des conclusions. Afin d'aider ce processus de réflexion, un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude. Pour assurer la qualité du protocole de recherche avant son application dans le milieu, ce dernier a été soumis au comité éthique de l'Hôpital. (cf annexe 12)

Enfin, la constance interne est la différence entre les résultats d'une recherche avec la réalité du phénomène étudié (Devers, 1999). Elle peut être augmentée en groupant les motifs ressortant des données, par la construction d'explication, en adressant des éclaircissements rivaux ou encore en utilisant des modèles logiques (Yin, 2003). Pour cette raison, le modèle théorique D'Amour (1997) sert à l'analyse pour articuler les données et faire ressortir les liens unissant les thèmes. Cette méthode permet de comparer les données empiriques à la configuration théorique et ainsi augmenter la validité interne en jugeant de la conformité entre le modèle théorique et les données obtenues (Contandriopoulos, 2005). La cohérence et la conformité entre les données amassées à l'unité des soins intensifs et le modèle théorique permettent d'augmenter la constance interne. La triangulation des données, l'entrevue et

l'observation sont utilisées pour comparer les phénomènes étudiés. Cette technique permet au chercheur de s'assurer que les résultats sont les plus près possibles de la réalité.

3.2 Population et échantillon

Un cas peut être une personne, un événement, une organisation, une période de temps, un incident critique ou une communauté (Patton, 2002). L'unité des soins intensifs de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis a été retenue. Ce cas est particulier puisqu'il est riche en information (Stake, 1994). Cet établissement situé dans la région de Montréal, est affilié à l'Université McGill. Il dispose de quatre principales unités de soins critiques : l'urgence, les soins intensifs néonataux, les soins intensifs et les soins coronariens. L'unité des soins intensifs, dans laquelle la recherche se déroule offre déjà un milieu propice à la collaboration entre médecins et infirmières et à la communication entre professionnels, patients et familles. On y retrouve des tournées interdisciplinaires quotidiennes et hebdomadaires depuis plusieurs années et une certaine collaboration médecins-infirmières est déjà établie. De plus, la communication avec les patients et les familles est favorisée par le milieu. Certaines rencontres avec les familles sont organisées afin de leur permettre de mieux comprendre la situation du patient et faciliter la prise de décision. Une infirmière « support » à la famille, est présente tout au long du processus de soins et est également à leur disposition pour expliquer, soutenir et aider les patients et leur famille.

3.2.1 Sélection du milieu

La sélection du milieu de l'étude est basée sur les critères d'inclusion suivants :

- 1) Centre hospitalier Universitaire;
- 2) Centre hospitalier de la région de Montréal;
- 3) Centre hospitalier possédant une unité de soins intensifs;
- 4) Unité possédant des processus facilitant la collaboration entre médecins et infirmières, c'est-à-dire des tournées interdisciplinaires hebdomadaires auprès des patients hospitalisés dans l'unités de soins intensifs.

Ces critères de sélection du milieu ont été déterminés afin de désigner une unité témoignant d'une richesse d'informations et d'intervention sur la collaboration entre médecins et infirmières pour permettre d'évaluer l'impact de celle-ci sur le patient et sa famille. Certaines

structures sont également en place pour favoriser la communication entre les professionnels et les patients et les familles, telle l'infirmières support à la famille.

3.2.2 Sélection des participants

En ce qui concerne la sélection des participants, l'échantillonnage intentionnel choisi relève de l'importance de la compréhension approfondie du phénomène de collaboration entre médecins et infirmières. C'est pour cette raison que les participants sont sélectionnés en fonction de l'information qu'ils ont à partager (Patton, 2002).

La vision des gestionnaires est obtenue grâce à deux personnes ayant des positions de leader, au sein de l'unité, ont été recrutées. La deuxième perspective est celle des professionnels, avec un nombre de participants fixé à six, et une répartition égale médecins-infirmières. Les médecins et les infirmières d'expérience sont ciblés afin d'obtenir un portrait le plus réaliste possible. Enfin, la troisième perspective est celle des patients et leur famille, avec le recrutement de cinq personnes de chaque groupe. Les patients et familles ciblés devraient avoir vécu une expérience aux soins intensifs de plus de quatre jours, ce qui permet d'obtenir une information la plus complète possible basée sur leur expérience. De plus, les patients et les familles auront eu le temps traverser la situation de crise initiale. Afin de recueillir une information riche et exploitable, les patients sélectionnés doivent avoir des souvenirs de leur séjour. Ils ont pu être intubés et ou sédationnés ou encore recevoir des narcotiques et des sédatifs régulièrement afin de contrôler leur douleur ou leur inconfort. Les entrevues avec les patients se sont déroulées après leur transfert des soins intensifs.

Il est optimal d'obtenir des entrevues avec la personne ayant été hospitalisée et un membre de sa famille. Cependant, puisque les patients hospitalisés ont parfois très peu de souvenirs de leur séjour, parce qu'ils décèdent ou encore qu'ils n'ont pas de famille, le recrutement peut s'avérer difficile. En l'occurrence, il est acceptable de sélectionner un patient sans que sa famille soit rencontrée en entretien et, inversement. Puisque le devis de recherche est qualitatif, il est également acceptable que le nombre de personnes recrutées soit revu à la hausse ou à la baisse en fonction de la richesse des cas sélectionnés. Les critères d'inclusion des participants sont les suivants :

Gestionnaires :

- 1) Médecins ou infirmières travaillant à l'unité de soins intensifs médicaux et chirurgicaux du centre hospitalier sélectionné;
- 2) Occuper un rôle majeur dans la mise en place des normes de qualité des soins de l'établissement;
- 3) Occuper un rôle de gestion dans l'unité des soins intensifs ciblée;
- 4) S'exprimer en français.

Professionnels :

- 1) Travailler comme professionnel d'expérience à l'unité de soins intensifs médicaux et chirurgicaux du centre hospitalier sélectionné;
- 2) Avoir un rôle prédominant pendant les tournées hebdomadaires interdisciplinaires;
- 3) Être médecin (incluant les résidents) ou infirmière;
- 4) S'exprimer en français.

Patients :

- 1) Avoir été hospitalisé à l'unité des soins intensifs médicaux et chirurgicaux du centre hospitalier sélectionné;
- 2) Avoir la capacité de communiquer, d'exprimer ses idées et d'organiser ses propos relatifs au travail en collaboration entre médecins et infirmières et à la qualité des soins reçus;
- 3) S'exprimer en français.

Familles :

- 1) Être une personne ayant une relation étroite avec la personne hospitalisée à l'unité de soins intensifs médicaux et chirurgicaux du centre hospitalier sélectionné;
- 2) Avoir été impliqué auprès du patient lors de son hospitalisation dans l'unité des soins intensifs;
- 3) Avoir la capacité de communiquer et d'exprimer ses idées et d'organiser ses propos relatifs au travail en collaboration entre médecins et infirmières et à la qualité des soins reçus;
- 4) S'exprimer en français.

Ces critères d'inclusion ont été retenus afin de cibler les candidats pouvant procurer l'information la plus riche possible. Tous les participants sélectionnés doivent être capables de

s'exprimer correctement en français car les entrevues sont conduites dans cette langue. Ce critère d'inclusion a été déterminé afin d'optimiser l'analyse des données sur une base similaire des candidats et prévenir des biais d'information et d'interprétation.

3.3 Définition des variables et collecte de données

3.3.1 Définition des variables

La collaboration entre médecins et infirmières est la variable indépendante, évaluée à l'aide du modèle D'Amour (1997), à travers la formalisation, la finalisation, la délégation de la régulation interprofessionnelle ainsi que la prise de conscience et l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle.

La communication entre les professionnels, le patient et sa famille est la variable dépendante. La communication entre professionnels-patient et professionnels-famille se limite aux échanges verbaux et aux messages communiqués par les professionnels. Les données sont recueillies à l'aide d'entrevues. Ainsi, chaque participant a la possibilité de partager les dimensions les plus importantes à ses yeux en matière de communication avec un professionnel.

3.3.2 Méthodes de collecte de données

Creswell (1998), mentionne que lors d'une étude de cas, les sources d'information doivent être multipliées par des entrevues, des observations, des documents écrits et de supports audiovisuels. C'est pour cette raison que deux méthodes de collecte de données ont été retenues. L'entrevue semi-dirigée d'environ 30 minutes permet d'obtenir de l'information sur des questions complexes exigeant des réponses élaborées (Contandriopoulos et al. 2005), comme par exemple, la collaboration et la continuité des soins. L'objectif des entrevues est de collecter suffisamment de données empiriques relatives aux quatre principaux concepts, afin de pouvoir valider les constats établis lors de l'analyse.

Des entrevues ont eu lieu avec les gestionnaires (cf annexe 1) et les professionnels (cf annexe 2). Ces grilles d'entrevues abordent les principaux thèmes de la collaboration interprofessionnelle proposés par D'Amour (1997) soit la formalisation, la finalisation de la régulation, la délégation de la régulation et la prise de conscience et l'intériorisation de la

collaboration interprofessionnelle. Une question est également consacrée à la vision de la communication des professionnels avec les patients et les familles.

Puis, les entrevues réalisées auprès des patients et de leur famille, ont pour but de comprendre leurs perceptions de leur communication avec les professionnels (cf annexe 3 et 4). Les principaux thèmes abordés lors des entrevues sont structurés en fonction de la qualité attendue et de celle perçue par les patients et les familles. La qualité perçue de la communication est abordée de façon générale puis plus spécifiquement pour les médecins et les infirmières. Elle couvre tant la satisfaction générale, la qualité de l'information transmise, la façon dont l'information est véhiculée, que l'aisance à poser des questions et la cohésion des messages véhiculés par les différents professionnels. Les entrevues sont réalisées après le transfert hors de l'unité, afin de minimiser les biais. Le temps écoulé entre le transfert de l'unité des soins intensifs et l'entrevue varie entre 2 jours et environ 1 mois. Le patient et sa famille sont ainsi libres de s'exprimer sans autocensure.

L'acquisition qualitative des connaissances implique la présence sur le terrain et la proximité des personnes et des circonstances afin de saisir ce qui survient (Patton, 2002). La deuxième méthode de collecte de données retenue est l'observation non participante. Deux périodes d'observation non participante se sont déroulées à l'unité des soins dans le but d'observer la collaboration entre médecins et infirmières pendant les tournées interdisciplinaires. Ces périodes permettent ainsi d'identifier les mécanismes et méthodes utilisés par les professionnels dans le but de promouvoir la satisfaction et la communication avec le patient et sa famille. Celles-ci se déroulent généralement entre 8 à 10 h le matin. Lors de ces périodes d'observation, la chercheuse, ne participe pas aux discussions, ni à la prise de décisions, cependant elle utilise une grille d'évaluation semi-structurée afin de minimiser les risques d'oublis lors de la prise de données (cf annexe 5). Les limites de l'observation concernent les relations de collaboration entre médecins et infirmières. Les échanges entre les professionnels, le patient ou la famille ne sont pas pris en compte. Si toutefois, la chercheuse n'avait pas atteint une saturation des données satisfaisantes, d'autres périodes d'observation auraient pu alors être ajoutées.

3.3.3 Qualité des grilles d'entrevues et d'observations : fiabilité et validité

La qualité des grilles est vérifiée à deux niveaux avant leur utilisation formelle : tout d'abord par la directrice de ce mémoire et ensuite par l'essai du questionnaire auprès de certains

gestionnaires et professionnels travaillant dans le réseau de santé, afin de vérifier la compréhension des questions et valider la formulation. De même, la grille d'entrevues destinée aux patients est validée avec cinq personnes de la population générale travaillant dans un domaine autre que celui de la santé. Malgré toutes ces précautions, les entrevues semi-structurées possèdent quelques limites. En effet, la durée limitée allouée à l'entrevue laisse peu de temps à la chercheuse pour établir un lien de confiance avec la personne, ce qui peut engendrer des réponses biaisées ou incomplètes. Le moment consacré à l'introduction, l'explication des buts et la signature du consentement est donc un moment crucial pour la chercheuse afin d'établir au maximum une relation de confiance avec le répondant. Enfin, étant donné que les concepts utilisés sont complexes et que les réponses aux questions sont à développement, le sujet doit être capable de verbaliser ses idées et posséder des connaissances sur les sujets abordés. Cette limite tente d'être minimisée en s'assurant des compétences des personnes participantes à l'étude, à l'aide des critères d'inclusion.

Quant à l'observation non-participative, elle peut également être limitée. En effet, une des limites possibles est la réactivité des personnes à la présence de la chercheuse (Contandriopoulos et al. 2005). Lors de l'observation faite pendant les tournées interdisciplinaires, les professionnels sont peut-être portés à collaborer davantage. Afin de limiter ces effets, la chercheuse s'assure que les professionnels participants aux tournées interdisciplinaires comprennent les buts de l'étude et que l'objectif n'est pas de les juger, mais bien de comprendre un phénomène. La chercheuse passe également quelques heures sur l'unité avant de débiter l'observation, les professionnels peuvent alors s'habituer à sa présence.

3.4 Analyse

3.4.1 Analyse des résultats

L'analyse des données dans une étude qualitative consiste en quatre étapes particulières : la préparation et la description du matériel brut, la réduction des données, le choix et l'application des modes d'analyse et pour terminer, l'analyse transversale des situations ou des cas étudiés (Contandriopoulos et al. 2005). Cependant, avant de débiter ce processus, chaque entrevue est codifiée et aucun nom n'est identifiable afin de préserver l'anonymat de chaque participant.

Tout d'abord, la préparation et la description du matériel brut : ce sont les verbatims et les observations effectuées dans l'unité de soins intensifs qui sont utilisés pour comprendre les mécanismes de collaboration contribuant à la qualité de communication pour le patient et sa famille. Toutes les bandes audio sont retranscrites le plus fidèlement possible.

Une codification des entrevues et des observations est élaborée à la suite du repérage du regroupement des thèmes principaux afin d'établir une réduction de données. La codification et l'analyse des données sont exécutées de façon manuelle, ce qui permet à la chercheuse d'effectuer l'analyse de toutes les séquences groupées sous un même thème. Une attention particulière est portée pour ne pas produire uniquement une recherche de preuves (Strauss et Corbin, 1999).

Selon l'application des modes d'analyse basés sur les concepts du modèle théorique D'Amour (1997), les données sont organisées et analysées selon quatre catégories : la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la délégation de la collaboration interprofessionnelle. Si certains concepts sont abordés par les participants et qu'ils ne sont pas inclus dans le modèle D'Amour, ils seront modifiés au besoin afin de compléter le modèle et d'y ajouter une section incluant le patient et sa famille.

L'analyse transversale représente la quatrième étape. Les réponses recueillies lors des entrevues et les périodes d'observations sont comparées de façon à observer s'il y a reproduction des modèles et des comportements. Puis, les résultats obtenus avec les différents participants sont comparés entre eux. Ce processus d'analyse est ainsi un va-et-vient permanent entre les données empiriques obtenues au cours des entrevues et des périodes d'observations, et la construction de l'analyse. Les données sont tout d'abord abordées avec un minimum de formalisation théorique afin de comprendre progressivement l'impact de la collaboration interprofessionnelle sur la communication entre les professionnels et le patient, et les professionnels et la famille.

Le processus d'analyse est inductif. Suite à l'analyse de l'étude de cas, nous avons progressivement parti des résultats vagues vers les éléments plus précis de la collaboration interprofessionnelle et de la communication entre professionnels/patients et professionnels/familles.

3.4.2 Résultats attendus, capacité de généralisation et utilité des résultats

Les résultats attendus sont relatifs à la compréhension approfondie des mécanismes (Yin, 1994) de collaboration entre médecins et infirmières travaillant aux soins intensifs et participant, ainsi que des mécanismes de communication avec les patients exigeant un suivi aigu, et leur famille. Bien que l'objectif de l'étude de cas ne soit pas la généralisation, celle-ci offre un potentiel de reproduction (Contandriopoulos et al. 2005). Par conséquent, les résultats en terme de suggestions faites à l'issue de cette recherche permettent d'améliorer les processus de collaboration entre médecins et infirmières lors de leurs applications, et ce toujours en vue d'améliorer la communication entre ces professionnels, le patient et sa famille dans l'unité de soins intensifs de l'Hôpital.

Au Centre hospitalier, une affiche résumant les résultats de la recherche et un midi conférence sont les outils envisagés afin de diffuser les résultats de celle-ci. C'est avec l'implication des professionnels que les résultats permettent un ajustement des processus entourant les tournées interdisciplinaires aux soins intensifs afin d'optimiser la satisfaction des patients et de leur famille.

De plus, l'étude sera présentée lors d'une conférence de niveau national en septembre 2008 : Dynamics : Canadian Association of Critical Care Nurses Conference. Un résumé de cette conférence est publié dans la revue : Dynamics, The Official Journal of the Canadian Association of Critical Care Nurses (Lepage, 2008). Ceci permet une diffusion des données à un public beaucoup plus large.

3.5 Considérations éthiques

Le recrutement des sujets est effectué par un tiers, l'infirmière clinicienne spécialisée, en soins critiques et chirurgie cardiaque. Cette intervention laisse le libre choix à l'individu de participer ou non à l'étude. De même, il y a un délai de deux jours, le plus possible, entre le recrutement et la signature du consentement afin que la personne ne subisse aucune pression, ait le temps d'y réfléchir et de poser ses questions à la chercheuse. Les noms des gestionnaires, des professionnels et des patients acceptant de participer à l'étude restent confidentiels. Afin de préserver l'anonymat, l'anonymisation des retranscriptions sera exécutée afin de supprimer toute identification possible. Un numéro est attribué à chaque entrevue et les noms de tous les participants sont supprimés. De plus, une attention

particulière est apportée lors de l'analyse des résultats afin de ne permettre aucune identification des personnes citées. Ces mesures permettent également de ne pas influencer l'image des sujets entre eux, incluant les personnes ne participant pas à l'étude. Les données sont conservées sous-clé pour une période d'un an, suite au dépôt final du mémoire, puis seront détruites par la suite. Si les données devaient être déplacées aux cours de cette période, la chercheuse s'engage à communiquer immédiatement avec le comité éthique de l'Hôpital.

3.5.1 Autorisations requises

Le protocole de recherche a été approuvé et recommandé par le Directeur des soins intensifs, par la Directrice des soins infirmiers, la Directrice de la division soins critiques, le Directeur des services professionnels de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis, le médecin et l'infirmière en chef du département. De plus, la recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Hôpital (cf annexe 12).

3.5.2 Consentement et respect des sujets

Chaque sujet participant à une entrevue, comprend son engagement et les buts de la recherche. Des explications et des éclaircissements verbaux ont été fournis aux personnes intéressées qui ont également posé leurs questions à la chercheuse ou à toute autre personne impliquée dans le processus de cette recherche. Les entretiens sont enregistrés, les bandes retranscrites et leur analyse s'est fait en préservant l'anonymat. Les participants à l'étude signent un consentement libre et éclairé leur permettant de se retirer à tout moment de l'étude, sans craindre d'être victime d'un préjudice quelconque (cf annexe 6 à 11). Chaque formulaire de consentement est différent selon que l'entrevue est réalisée avec les professionnels, les patients ou leur famille et les observations afin de permettre à tous les participants de bien saisir son rôle et l'objectif de sa participation à l'étude. Bien que toutes les personnes recrutées doivent avoir la capacité de s'exprimer en français, les consentements sont traduits en anglais afin de permettre aux personnes bilingues de comprendre l'implication de leur engagement.

4.1 Cadre de référence

Le modèle d'une profession est une conception, une représentation structurée et fonctionnelle, des caractéristiques de celle-ci et de ses registres d'intervention. Le modèle conceptuel se divise en trois catégories. Le modèle iconique bâti lors de la représentation graphique d'un phénomène, le modèle analogique établi pour comprendre et fondé sur des ressemblances, des similitudes et des métaphores et le modèle théorique élaboré afin de faciliter la compréhension et la communication d'un phénomène complexe. Ce dernier permet de décrire les composantes de bases et de préciser les relations spatio-temporelles unissant ces composantes tout en déterminant l'ensemble des situations auxquelles le modèle peut s'appliquer (Giroux, 2005). Le modèle de D'Amour (1997), la structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé, a été principalement élaboré dans le but de comprendre les mécanismes impliqués dans la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé de première ligne au Québec. Il constitue par ailleurs une armature intellectuelle et a été choisi puisqu'il permet de structurer et d'expliquer les dimensions entourant la collaboration interprofessionnelle des médecins et des infirmières travaillant dans les unités de soins intensifs (D'Amour, 1997).

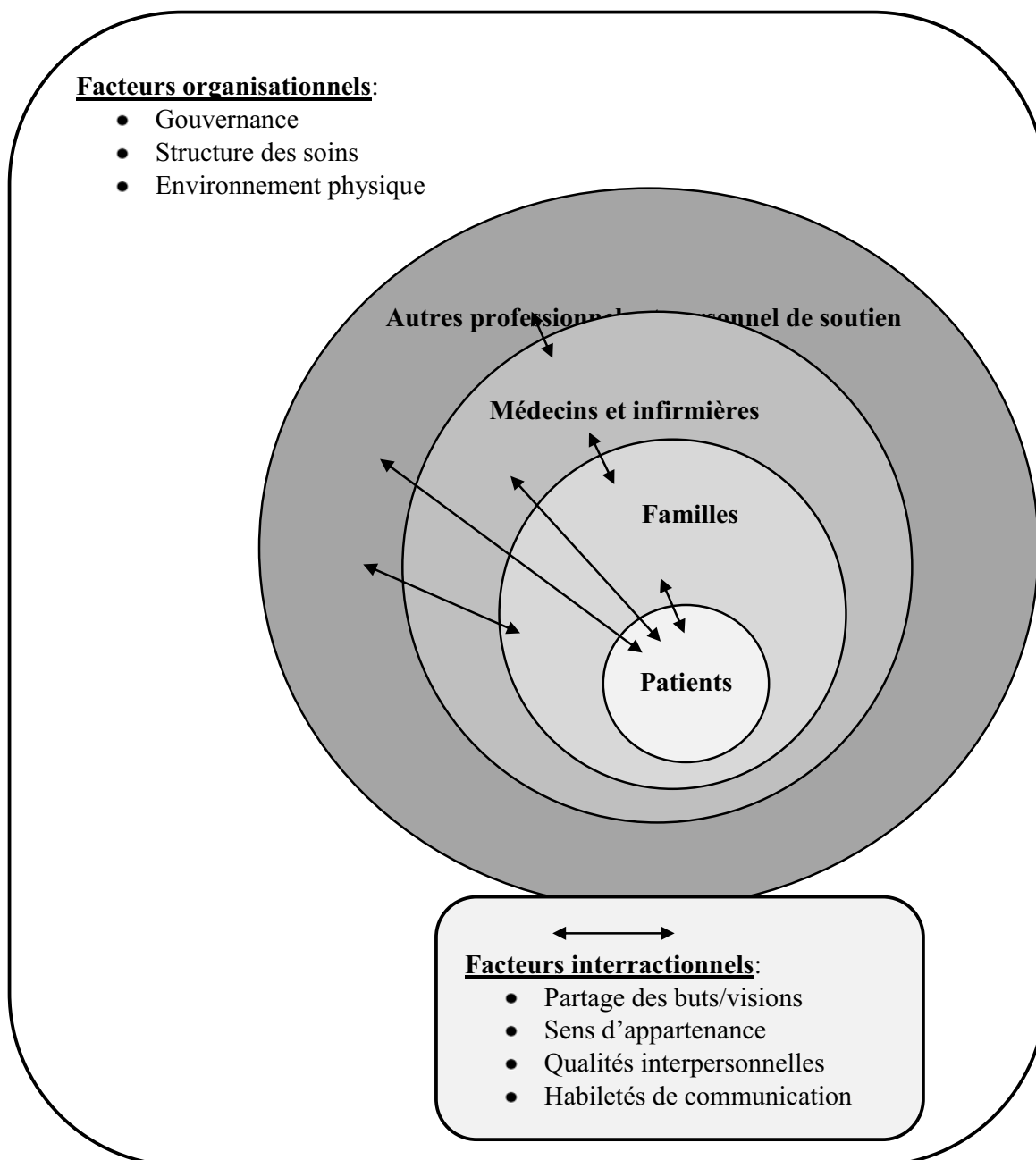
Grâce au pouvoir explicatif de la collaboration interprofessionnelle dans le système de santé, ce modèle a été utilisé par plusieurs chercheurs pour structurer leur recherche (Échaquan, 2004, Videla, 2002 et Daigle, 2001). Plusieurs auteurs ont également utilisé la publication faisant suite à la recherche menant à ce modèle théorique (Cazale, Tremblay, Roberge, et al. 2006; D'Amour et al. 2003; Sicotte, D'Amour et Moreault, 2002; Michallet, Le Dorze et Tétreault, 2001, D'Amour et al. 2008).

L'analyse des dynamiques de cette action collective est faite autour de quatre dimensions afin de comprendre les contraintes et les enjeux de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997). Ce modèle théorique de D'Amour (1997) permet ainsi de structurer et d'analyser la collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmières travaillant dans les unités de soins intensifs des centres hospitaliers universitaires. D'Amour et Oandasan (2005) proposent un modèle liant les pratiques interprofessionnelles et l'approche centrée sur le patient; cette approche où le patient est le noyau de l'intervention est novatrice car peu de modèles similaires ont été proposés.

4.2 Notre modèle de l'impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre professionnels-patients et famille

C'est selon ces critères que le modèle conceptuel présenté ci-dessous, a été créé. Il tente en effet de démontrer les différents liens de collaboration et de communication entre les professionnels, le patient et sa famille. Ce modèle met en évidence l'impact des différentes dimensions de la collaboration interprofessionnelle sur la communication entre médecins, infirmières, patients et familles; il permet également une représentation graphique de l'implication de la collaboration qu'ont les professionnels entre eux et sur la communication de ces derniers avec les patients et leur famille. Au cours de cette étude, le modèle a vu sa définition évoluer notamment vers la précision des dimensions de la communication directement influencées par la collaboration entre professionnels. Il a été créé tout au long du processus d'analyse suite à un va-et-vient sans cesse entre les résultats, l'analyse et le modèle. Il est présenté dans cette section, antérieurement aux résultats, par souci d'une meilleure exposition des faits.

Figure 2. Impact de la collaboration médecins-infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille



Chapitre 5 : Résultats

La section des résultats est divisée en deux grandes parties. La première traite de la collaboration à l'aide des entrevues réalisées avec les gestionnaires, les médecins et les infirmières. La seconde partie parle de la communication entre les professionnels, les patients et les membres de leur famille. Lorsque les professionnels ont appuyé ou contredit les paroles des patients et des familles, ces éléments sont mentionnés.

5.1 Analyse descriptive

La collecte de données est effectuée au sein d'un hôpital universitaire de 637 lits. Ce Centre est financé publiquement et reçoit également des dons de façon importante de la collectivité. L'unité de soins intensifs possède 16 lits actifs et admet environ 1 000 patients par année. Un total de 9 médecins, 7 hommes et 2 femmes effectuent des rotations d'une semaine. Soixante-dix-huit infirmières y travaillent dont 71 femmes et 7 hommes. Sept résident(e)s joignent l'équipe chaque mois. Le groupe des médecins est donc composé majoritairement d'hommes et celui des infirmières, de femmes. La clientèle est composée de 58 % de patients ayant subi une chirurgie cardiaque, 17 % d'autres chirurgies et 27 % des patients admis proviennent de services de médecine et d'oncologie.

Au total, dix-huit personnes ont été rencontrées en entretien : huit professionnels (deux gestionnaires, trois médecins, trois infirmières), cinq patients et cinq membres de famille. Le recrutement des professionnels s'est fait entre novembre et décembre 2007, sur une période d'un mois et, tous ont été recrutés à l'hôpital, lors de leur quart de travail. Les entrevues effectuées avec les professionnels ont été d'une durée d'environ 25 minutes. De plus, deux périodes d'observations ont été faites lors des tournées interdisciplinaires. Ces moments d'environ 1 h 30 visaient l'observation des relations médecins-infirmières et ont été réalisés à la même période.

Concernant les gestionnaires, le premier procède à un remplacement. Il n'a pas suivi de formation en gestion cependant, mais complété quelques cours sur le sujet, lors de son cursus universitaire de premier cycle. Il est membre d'un comité de gestion portant sur la qualité des soins, dont il n'a pas précisé la nature. Le second gestionnaire a plusieurs années d'expérience en gestion. Il a suivi un cours en management quelques années avant d'être

nommé à ce poste. Il est membre de trois groupes voués à la qualité et à la sécurité des soins, à l'échelle nationale.

Les trois médecins rencontrés sont tous des hommes travaillant aux soins intensifs depuis trois, huit et quatorze ans et, tous inconnus de la chercheuse. Deux d'entre eux ont été rencontrés avant l'entrevue au cours des périodes d'observation. Les trois infirmières interrogées sont toutes des femmes, avec une expérience de travail de cinq, huit et neuf ans. Deux d'entre elles ont été rencontrées avant l'entrevue au cours des périodes d'observation. Aucune des infirmières n'est complètement étrangère à la chercheuse, à l'aise pour les tutoyer au cours des entrevues. Cependant, la chercheuse n'a jamais travaillé directement avec l'une d'entre elles.

Les entrevues réalisées avec les patients et les membres de familles ont duré 30 à 40 minutes. Leur recrutement c'est fait entre novembre 2007 et avril 2008, donc sur une période de 6 mois. Cette étape a été plus difficile pour trois principales raisons : le critère d'obligation de parler français, dans un milieu où la clientèle est principalement anglophone. Ensuite, le patient et la famille participant à l'étude doivent passer suffisamment de temps aux soins intensifs pour avoir eu la possibilité de parler aux professionnels. Enfin, la maladie et l'instabilité des patients sont souvent des facteurs inattendus. Une recherche comme celle-ci se doit de prendre en considération ces aspects dans le recrutement des candidats. Le respect des patients et de leur famille dans le processus de maladie et de deuil doit se faire tout au long du processus de recherche.

Cinq patients, quatre femmes et un homme ont participé aux entrevues. Le séjour des patients varie de deux jours à six semaines ce qui offre une variété de perspective. Il est difficile d'obtenir des patients ayant séjournés plus de quatre jours parce que la clientèle étant constituée majoritairement de patients chirurgicaux, ils nécessitent qu'une très courte hospitalisation aux soins intensifs. Deux des patients ont été intubés de façon prolongée ce qui a eu pour conséquence d'endommager leurs cordes vocales. Une des entrevues n'a donc pu être enregistrée et une autre fut enregistrée avec une qualité auditive assez pauvre. Afin de pallier à ces manques, des notes ont été prises lors des entrevues. Les patients ont tous fait face à des situations auxquelles ils ne s'attendaient pas. Un seul patient était admis pour une chirurgie mineure élective et a connu un séjour aux soins intensifs suite à une complication opératoire. Trois autres participants ont été admis pour des raisons cardiaques et un dernier

pour une maladie contagieuse avec un impact potentiellement grave sur la santé. Quatre des patients ne connaissaient pas la chercheuse mais un des patients travaille occasionnellement avec la chercheuse dans ce Centre hospitalier. Les deux personnes n'entretiennent pas de relations à l'extérieur du travail. Pour ce type de recherche qualitative, il est suggéré que le chercheur conserve une distance avec le milieu pour permettre l'analyse la plus objective possible (Patton, 2002). Dans le cas présent, cette proximité a permis une relation de confiance dès le début de l'entrevue et l'obtention d'un point de vue différent.

Cinq membres de famille ont participé à une entrevue. Seules des femmes ont accepté de prendre part à l'étude. Dans trois des cas, la personne hospitalisée était le conjoint de vie et dans les deux autres, il s'agissait de la mère.

Dans un cas, un patient et un membre de la même famille ont accepté de participer à l'étude s'ils faisaient l'entrevue ensemble. C'est l'unique entrevue conjointe, les autres se sont déroulées séparément. Cette entrevue est la seule où le patient et sa famille ont participé aux entrevues.

5.2 Résultats de la collaboration médecins-infirmières

Plusieurs participants se sont exprimés sur les caractéristiques du milieu. Elles sont propres à celui-ci, étant donné sa création par la Communauté Juive majoritairement anglophone de la région de Montréal. Quelques caractéristiques ont été évoquées par les professionnels, entre autres celles des dons importants de la Communauté Juive. Les professionnels se sentent parfois mal à l'aise de les recevoir. Un médecin explique :

« Si la communauté juive n'était pas en arrière de l'hôpital, l'hôpital ne serait certainement pas soutenu de façon très importante [...] Mais quand vous regardez la culture juive, ça fait partie de leur culture. » (Md. 1,29)

De plus, ce Centre hospitalier est bilingue mais la langue de prédilection est l'anglais. Lors des périodes d'observation, la chercheuse a observé un bilinguisme omniprésent dans l'institution. Les professionnels conversent librement non seulement en français, en anglais, mais également dans d'autres langues, reflétant la multi culturalité du personnel. Chacun peut s'exprimer dans sa langue. Cependant les tournées interdisciplinaires quotidiennes se déroulent principalement en anglais. Un médecin explique :

«... La langue et les problèmes de langue n'existent pas ici, comparativement à certains hôpitaux dans le milieu francophone...» (Md. 1,29)

5.2.1 Formalisation de la collaboration interprofessionnelle

Dans le milieu, la formalisation de la collaboration interprofessionnelle se traduit principalement par la culture et la philosophie, tant au niveau de l'hôpital que de l'unité. Le département des soins intensifs a toutefois mis en place certains moyens afin de favoriser la relation entre les professionnels.

5.2.1.1 Coordination de l'intervention clinique

La coordination de l'intervention clinique se fait autour de règles informelles d'une part et d'autre part, par des moyens et structures mis en place particulièrement pour favoriser la collaboration. Lorsqu'ils sont interrogés sur les structures du Centre hospitalier, qui favorisent la collaboration entre médecins et infirmières, les deux gestionnaires ont davantage parlé de philosophie et de culture que de protocoles et de structures.

«...Si on s'en tient juste médecins-infirmières, au sein de l'hôpital, je peux dire que le côté philosophique est véhiculé. » (Gestio. 1,18)

« Parce que nous travaillons tous ensemble et c'est comme ça que le message est véhiculé. » (Traduction libre de l'anglais, Gestio. 2,38)

« Quand on pense aux soins à l'Hôpital Juif, on entend ça dès le début [l'importance de la collaboration], et ce n'est pas juste des mots. » (Gestio. 1,24)

«...D'abord, il faut dire que la philosophie de collaboration a toujours été notre seul modèle. Je pense que quelque part, la philosophie compte pour quelque chose. » (Gestio. 1,22)

Lors des périodes d'observation, les infirmières posent directement leurs questions aux médecins sans passer par l'intermédiaire de l'assistante infirmière chef ou un supérieur. Un gestionnaire des soins intensifs compare, à un certain moment, la collaboration de son milieu à celui francophone qui serait plus hiérarchique.

«... c'est qu'il n'y a pas d'intermédiaire, l'infirmière du patient parle au médecin ou au résident ou au médecin...» (Inf. 2,16)

Parmi les moyens favorisant la collaboration, deux personnes ont cité l'usage des téléphones portables par les médecins, la présence 24h/24 d'un médecin sur l'unité, une infirmière soutien aux familles, et l'infirmière clinicienne spécialisée. Tous sont bien appréciés par les médecins et infirmières les ayant mentionnés. Ils favorisent une plus grande accessibilité des médecins et augmentent la proximité entre médecins et infirmières.

« Il y a les téléphones aussi si jamais on veut communiquer, c'est parce que ça les rend disponibles même s'ils sont à l'extérieur de l'unité, ça les rend disponibles sans avoir à les faire signaler, on les appelle directement. » (Inf. 2,30)

«...Je trouve que le fait [que les médecins] soient toujours sur l'unité facilite beaucoup la communication. » (Inf. 2,18)

« L'infirmière soutien aux familles peut amener à l'équipe, elle peut dire «Vous savez, vous pensez qu'ils ont bien compris, mais ce n'est pas le cas ». C'est une autre personne qui facilite la communication et développe des liens entre le patient, la famille et l'équipe médicale, les infirmières et les médecins. » (Traduction libre de l'anglais, Gestio. 2)

« Avec les infirmières cliniciennes³, infirmiers et infirmières cliniciennes, je pense qu'ils vont chercher plus d'interactions, sur les étages, dans les comités [...] ils transmettent cette philosophie là dans le quotidien. » (Gestio. 1,18)

L'unité organise deux différentes rencontres interdisciplinaires. Une quotidienne où les patients sont évalués et les objectifs quotidiens établis. Tous les répondants ont cité les tournées interdisciplinaires quotidiennes comme moyen permettant de déterminer les buts de la journée tout en créant un moment privilégié de communication entre les professionnels.

« C'est sûr qu'ici, tout au cours de la journée, c'est une collaboration qui se fait de manière continue mais le gros point de départ sont [les tournées interdisciplinaires quotidiennes]. » (Inf. 1,14)

La qualité perçue des tournées se traduit souvent par la place accordée à chaque professionnel. Tous sont satisfaits de la place qui leur est faite même si deux médecins souhaiteraient que l'infirmière prenne plus de place. Une infirmière explique :

« Je pense que l'infirmière a son temps durant la [tournée interdisciplinaire quotidienne]. Habituellement, les médecins apprécient beaucoup [notre présence] puis nous aussi on apprécie d'être là, parce que c'est un moment opportun de pouvoir justement... communiquer. » (Inf. 1,14)

La place occupée par les infirmières durant la tournée n'est cependant pas très définie. L'infirmière pose ses questions à la fin de la tournée, mais elle n'échange pas beaucoup avec les médecins. C'est au cours de la période d'observation que la chercheuse a remarqué que certains médecins demandent ainsi aux infirmières si elles ont des questions. Les échanges s'effectuent souvent uniquement entre médecins, puis l'infirmière pose quelques questions à

³ Le professionnel parle ici de l'infirmière clinicienne spécialisée

la fin. Deux médecins, trois infirmières et un gestionnaire perçoivent cette situation. Voici comment certains l'ont exprimé :

«...Je sais que les infirmières ont toujours une liste de questions préparée pour les tournées, pour qu'elles puissent poser toutes leurs questions en même temps. » (Md. 3,42)

« Ça fonctionne très bien. C'est les médecins qui présentent les cas, mais ils sont en train d'essayer de faire présenter les cas par les infirmières. Les médecins demandent toujours aux infirmières au chevet qu'est-ce qu'il y a, est-ce qu'il y a des questions [...] est-ce que tu as remarqué quelque chose avec la famille [...] Les infirmières sont vraiment encouragées à être présentes lors des tournées. » (Gestio. 2,84)

Toutefois, quelques problématiques lors des tournées interdisciplinaires ont été soulevées. Entre autres, un médecin et un gestionnaire parlent de l'absence occasionnelle de l'infirmière responsable du patient à la tournée et l'hésitation des infirmières à s'exprimer et à poser leurs questions.

Deux médecins et un gestionnaire ont évoqué à au moins deux reprises le fait que les infirmières doivent se sentir à l'aise de poser leurs questions aux médecins dans un environnement de bonne collaboration. Un médecin souligne qu'il croit les infirmières confortables de poser leurs questions.

« Je pense que quand une infirmière a un problème, elle doit se sentir confortable de poser des questions et d'avoir une explication logique, rationnelle à sa question. Pas la retourner du revers de la main. » (Md. 1,9)

« Être confortable, se parler en face, être confortable de demander des questions, de nous appeler si c'est nécessaire. D'être capable de se parler d'une manière assez rapide, de façon précise... » (Md. 3,4)

Suite aux problématiques évoquées, certains points à améliorer ont été définis comme la présence parfois manquante de l'infirmière du patient, et son manque occasionnel de participation active à la tournée. Un gestionnaire désire voir l'infirmière présenter le cas du patient lors de la tournée. Un médecin souhaiterait voir une participation réellement multidisciplinaire à la tournée quotidienne avec, par exemple, la physiothérapeute.

Définir les objectifs de la journée pour chaque patient est un autre critère désiré pour améliorer la qualité des tournées. Un médecin et un gestionnaire ont mentionné l'importance d'établir des objectifs quotidiens pour chaque patient.

« On essaie d'écrire des plans de soins maintenant. [...] on essaie de mettre en place une feuille [...] de comportements, de pratiques qui sont prouvés, puis une feuille de buts pour la journée, les objectifs, les tests, procédures, si le patient doit quitter ou non. » (Gestio. 1,26)

L'autre structure évoquée est la tournée interdisciplinaire hebdomadaire. Elle a été nommée par les trois médecins, une infirmière et les deux gestionnaires. Ces tournées provoquent la rencontre, une fois par semaine, des médecins, infirmières, infirmière clinicienne spécialisée, infirmière soutien aux familles, physiothérapeute, ergothérapeute, travailleuse sociale, psychologue et même l'éthicien si le besoin se fait ressentir. Celles-ci visent davantage les patients hospitalisés à long terme avec lesquels les professionnels font parfois face à des conflits. Notons ici que ni le patient, ni sa famille ou une personne représentant les valeurs du patient ne sont invités à ces rencontres.

5.2.1.2 Modalités d'interactions

La relation entre infirmières est très bonne. Un gestionnaire et une infirmière soulignent la bonne collaboration entre les infirmières et leur solidarité. Devant les médecins, elles forment un consensus et expriment leur mécontentement en groupe.

« La relation entre les infirmières est très solide. Si quelque chose arrive, ça fait le tour des infirmières très rapidement. À l'intérieur de 24 heures, tout le monde sait. Ce n'est pas parce qu'elles veulent placoter, c'est seulement pour que tous soient informés. » (Traduction libre de l'anglais, Gestio. 2,247)

« Nous avons eu un incident où un médecin avait dit de donner tel médicament à un patient; l'infirmière l'a fait. Ensuite, le médecin a dit qu'il n'avait jamais dit ça. Par la suite, personne ne prenait d'ordre verbal venant de lui. » (Traduction libre, Gestio. 2,241)

Cette bonne entente entre les infirmières contraste avec celle entre les médecins. Un fait marquant évoqué au cours des entrevues est le manque de collaboration entre les médecins. Une infirmière et deux médecins en ont parlé, dont une personne plus en détail. Selon ces professionnels, les médecins n'ont pas de ligne directrice commune ce qui résulte que les plans de soins changent habituellement semaine après semaine. Ces modifications engendrent une confusion et créent parfois un malaise. Cet individualisme médical est également ressenti par les patients et leur famille, deux familles ont abordé le sujet.

« Il y a un problème [...] lorsque moi [en tant que médecin] je parle à un patron et je lui dis, j'ai de la difficulté avec la décision que tu as prise, ça devient défensif. » (Md. 1,31)

« Des fois on a un plan de la semaine passée puis on continue avec, puis tout ça change avec l'arrivée d'un nouveau médecin. Puis là on dit : « Pourquoi? Qu'est-ce qui se passe? Pourquoi est-ce qu'on fait ça maintenant et on ne le faisait pas la semaine passée? » Des fois ils sont prêts à l'expliquer, d'autres fois ils sont pressés, ils n'ont pas le temps de nous expliquer. » (Inf. 3,106)

«...Un des problèmes c'est qu'il y a beaucoup d'infirmières, il y a beaucoup de médecins, mais il y a aussi beaucoup de façons de faire les choses et je pense que ça amène un scindage des soins et du caractère d'intégration qu'on peut voir. Si jamais vous avez différentes façons de faire les choses, dans un même cas, l'infirmière ne sait pas des fois si elle doit poser des questions ou si elle est bienvenue. Alors, il y a un peu d'hésitation de la part du personnel infirmier. » (Md. 1,9)

« Le problème c'est que l'infirmière va poser la même question à un autre médecin et va se retrouver avec une réponse différente. Alors, on arrive avec sept médecins en bout de ligne, et l'infirmière sait pas comment et ça fragmente les soins et ça rend la compréhension difficile. » (Md. 1,9)

Ces relations au sein des différents groupes professionnels engendrent une dynamique particulière de la relation médecins-infirmières. L'unicité entre les infirmières et cette dispersion chez les médecins permet aux infirmières de détenir un certain pouvoir face aux médecins. Un questionnaire expose cette dynamique.

«... Il y a une culture dans l'unité de soins intensifs, où l'on travaille ensemble. Si nous avons un résident qui est un peu plus indépendant et qui n'accepte pas vraiment de travailler en collaboration avec les infirmières, de respecter leur expertise, alors là, nous le remettons au pas! » (Traduction libre, Gestio. 2,139)

« On les remet au pas. On leur dit que ce n'est pas comme ça qu'on fait ça ici. » (Traduction libre, Gestio. 2,141)

« La culture, un système de croyances nous est donné et les infirmières ont maintenant beaucoup plus de pouvoir. » (Traduction libre, Gestio. 2,159)

Malgré toutes les structures évoquées par les professionnels, un médecin laisse planer le doute sur l'existence réelle d'une structure formelle favorisant la collaboration médecins-infirmières.

« Il y a beaucoup de structures qui ont été mises en place par l'équipe. Alors, il y a des interactions dans différents comités qui font que les soins devraient être intégrés et pratico-pratiques dans certains cas ça a certainement contribué à l'amélioration des soins. Je ne suis pas sûr nécessairement que ça a contribué à l'amélioration des interactions médecins-infirmières. » (Md. 1,9)

5.2.2 Finalisation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle

Au début de l'entrevue, il est plutôt difficile pour les participants d'expliquer les objectifs de collaboration communs aux médecins et infirmières. Ils ont d'abord décrit leurs objectifs communs par rapport aux patients et ensuite comment ils y parvenaient.

5.2.2.1 Objectifs de la collaboration interprofessionnelle

Plusieurs participants convergent et s'entendent sur l'importance posséder des objectifs communs dans le but d'optimiser la collaboration. Un des questionnaires l'exprime de la façon suivante :

« Parce que si on ne voit pas ça de la même manière, c'est très difficile de collaborer avec quelqu'un quand ses buts sont différents des tiens. » (Gestio. 1,30)

Les participants ont exprimé l'importance de la communication comme objectif commun. Deux médecins jugent celle-ci essentielle pour favoriser la collaboration. Voici un exemple :

« Les objectifs primordiaux, c'est de maintenir la communication, il faut que les deux parties se sentent confortables de poser des questions, se sentent compris, se sentent écoutés, c'est essentiel à la communication. Dès que vous ne vous sentez pas écoutés, dès que vous sentez que vous ne pouvez pas parler, le problème commence. Alors, établir que les ponts soient toujours ouverts, que les communications soient les meilleures possibles. Je pense que c'est essentiel... » (Md. 1,19)

Le respect est un élément repris à plusieurs moments au cours des entrevues par deux médecins, trois infirmières et deux questionnaires. Le respect est perçu comme un élément incontournable de la collaboration mais également un objectif commun aux médecins et aux infirmières. Les professionnels évoquent le respect de la personne ainsi que celui de la profession. Il se traduit dans la communication par l'écoute et la tonalité de la voix selon les participants.

« ...le respect de la personne. Si vous ne respectez pas quelqu'un, c'est le début de la fin. Même si vous êtes le meilleur [cela ne fait aucune différence]. Je pense que le point en communication est le respect de la personne. » (Md. 1,19)

« C'est aussi le respect entre les deux...des deux côtés, tant les médecins que les infirmières. » (Inf. 1,8)

« Dans l'interaction ça prend un respect des personnes, de leurs compétences et de leurs imperfections aussi. » (Gestio. 1,12)

« Pour avoir une bonne communication entre les médecins et les infirmières, je pense que ça prend beaucoup de respect entre les deux personnes, entre les deux métiers, entre les deux professions. » (Inf. 2,8)

Avant de constater comment les professionnels perçoivent la qualité de la communication entre médecins et infirmières, voyons quels sont leurs désirs en matière de communication. L'importance de l'écoute a d'abord été soulignée par deux médecins, une infirmière et un gestionnaire.

« Au départ, c'est l'écoute. C'est ça qui est important, il faut que tu prennes vraiment le temps d'écouter le point de vue de chacun. Quand il y a une écoute de la part des deux parties dès le départ, cela aide à bien communiquer. » (Inf. 1,10)

« Une écoute, un souci de partager les mêmes informations face au plan de soins. » (Gestio. 1,14)

« Premier point : il faut que l'équipe se parle. C'est-à-dire que les médecins écoutent les infirmières, que les infirmières écoutent les médecins. Les infirmières puissent poser les questions. » (Md. 1,4)

Les participants ont parlé de l'atmosphère de travail de différentes façons. Un médecin signale l'atmosphère collégiale, un autre commente l'importance de l'humour afin de réduire le stress. Une infirmière parle de la bonne entente comme objectif commun. Bref, ces trois professionnels trouvent important une bonne atmosphère de travail et ne critiquent pas celle du département. Ce qui les différencie les uns des autres, ce sont les mots qu'ils utilisent pour en parler. Un médecin raconte, que les médecins sont quelquefois plus responsables que les infirmières lorsque l'atmosphère de travail laisse à désirer.

« Les objectifs en communs... L'atmosphère collégiale est un précurseur à la communication non hiérarchique. Atmosphère ouverte, où est-ce que tout est, les opinions et les questions sont vues dans une atmosphère non agressive. » (Md. 2,26)

« ...Je pense que le médecin a la responsabilité de s'assurer [...] qu'il respecte l'infirmière. Tu sais le médecin qui est trop rigide, hautain, ancienne école, ne va pas vivre cette collaboration là. C'est au médecin de s'assurer d'avoir une bonne atmosphère afin que la collaboration puisse bien se faire. » (Md. 2,44)

De plus, un médecin et une infirmière notent l'importance du travail d'équipe comme élément significatif de la collaboration.

« ...Qu'elles [les infirmières] se sentent faisant partie du processus décisionnel, quel qu'il soit. Que ce soit surtout dans la thérapie avec la famille, peut-être un peu moins avec les thérapies au chevet, malgré que ça fait partie. Elles font l'évaluation au chevet donc il faut qu'elles soient intégrées. » (Md. 1,4)

L'objectif commun, le plus souligné par les professionnels est le patient. Les trois infirmières et un gestionnaire décrivent l'importance d'offrir au patient des soins de qualité.

« Je pense que quand tu es un médecin ou une infirmière, tu es devenu médecin ou infirmière pour prodiguer des soins, pour donner des soins dans le but que le patient habituellement aille mieux... » (Inf. 1,26)

«... qu'on ait le même but pour le patient, que les objectifs des infirmières, les objectifs face aux patients soient les mêmes. » (Inf. 2,38)

« La première chose c'est que nos yeux doivent être tournés vers le patient. Pour collaborer faut qu'on centre chacun nos intérêts sur l'amélioration du statut du patient, dans un contexte sécuritaire. » (Gestio. 1,30)

La différence entre les objectifs des médecins et des infirmières a également été décrite. Lorsque la chercheuse demande si les objectifs des infirmières sont les mêmes que ceux des médecins, une infirmière répond :

« Je pense qu'il y a un effort qui est fait pour que ce le soit le plus souvent possible. Quant il ce ne l'est pas, des fois c'est que cela a été mal expliqué puis en se réajustant en s'expliquant, c'est correct. » (Inf. 2,40)

Parmi les objectifs divergents, un médecin et une infirmière citent la sédation et la gestion de la douleur chez les patients. Les infirmières seraient plus proactives dans la gestion de la douleur que les médecins. Voici un exemple :

«...C'est beaucoup au niveau de la gestion de la douleur, gestion, des fois aussi, de la sédation. C'est surtout au niveau du confort du patient, du point de vue infirmier. » (Inf. 2,42)

Les professionnels ont émis leur point de vue sur ce que devrait être la collaboration. Un médecin et les deux gestionnaires ont le désir de voir celle-ci s'élargir aux autres professionnels, tant au moment des tournées interdisciplinaires qu'à tout moment de la journée.

« Nous ne devons pas seulement impliquer les infirmières et les médecins, mais nous devons également impliquer les préposés, impliquer l'entretien ménager, nous devons impliquer tout le monde. » (Traduction libre, Gestio. 2,279)

5.2.2.2 Transaction autour des buts

Une infirmière souligne qu'en général le but ultime des médecins et infirmières est le même, mais la façon d'y parvenir diffère.

«...L'objectif global c'est sûr qu'il est que le patient aille mieux. À travers ça, comment atteindre ton objectif, c'est sûr qu'il y a différentes manières de voir les choses [...] C'est de rendre confortable, c'est répondre aux besoins de la famille et du patient. La manière dont on y arrive ça c'est sûr qu'il y a différentes manières de voir les choses, on a des opinions différentes. » (Inf. 1,26)

Au cours des entrevues, les professionnels trouvent plutôt difficiles de nommer les responsabilités partagées. Certains ont alors commencé par présenter les responsabilités respectives des deux professions et ont insisté sur leur rôle propre, tandis que d'autres sur les objectifs de l'autre. Une infirmière et deux gestionnaires expliquent que les responsabilités du médecin sont centrées sur l'élaboration d'hypothèses, de diagnostics et de prescriptions. Cependant en général, les professionnels ont davantage parlé des responsabilités des infirmières. Un médecin, deux infirmières et les deux gestionnaires ont centré les responsabilités des infirmières sur l'évaluation et les soins aux patients.

«...Un médecin a la responsabilité de prescrire. » (Inf. 1,38)

« Le médecin est peut-être plus formé pour former des hypothèses basées sur de la physiologie et les tester. [...] Cependant, les tâches, ne gagnent pas nécessairement à être précisées tout le temps. » (Gestio. 1,34)

« La responsabilité pour l'infirmière est d'évaluer le patient et de dire au médecin s'il y a quelque chose. » (Inf. 3,58)

Lorsque la chercheuse demande à trois infirmières comment elles perçoivent leurs responsabilités, elles ont l'impression que la tâche est importante.

« Mais, nous on a la responsabilité de donner. Pour moi, quand tu fais le geste de donner le médicament, tu es aussi responsable que celui qui l'a prescrit. Dans le sens que s'il y a une ordonnance de prescrite qui n'a pas d'allure, et que moi je suis une infirmière avec dix ans d'expérience aux soins intensifs et que je la donne, je me sens quand même aussi responsable parce que je me dois de connaître mes médicaments, je me dois de connaître mes dosages. Je trouve qu'on a une grande responsabilité, les infirmières de soins intensifs. » (Inf. 1,38)

Malgré ces différences, le chevauchement des territoires professionnels et les responsabilités communes sont expliqués par trois médecins, deux infirmières et un gestionnaire.

«... Il faut permettre un chevauchement, des observations et des réflexions. Face aux observations; que ce soit un étudiant en médecine, une étudiante en nursing ou une infirmière de grande expérience, tout le monde a droit, tout le monde a l'obligation d'être de bons observateurs et puis d'être capable de voir les changements; nous autres, on dit même aux étudiants : « Il faut que tu comprennes qu'est-ce qui se passe, il faut que tu sois un bon observateur. » Je ne vois pas pourquoi tu t'attendrais à moins d'une infirmière; au contraire, [elles] sont au chevet tout le temps. » (Gestio. 1,34)

« Je pense qu'on pourrait appeler ça de la redondance, mais je pense que plus qu'il y a de redondance là-dedans, plus la fibre est protectrice pour le patient. Et puis ça

permet donc l'inter-professionnalisme, qui permet de vraiment faire son travail. » (Gestio. 1,34)

Deux infirmières et un gestionnaire considèrent la collaboration tel un objectif commun aux deux professions. Ils expliquent que tous travaillent afin d'atteindre celle-ci et se soucient du partage de l'information. Ce qui diffère dans l'intention de collaborer est davantage la personnalité du professionnel indépendamment de la profession selon les professionnels. Voici quelques commentaires des participants :

« ... Ça dépend du médecin et ça dépend de l'infirmière. Il y a des gens qui sont plus « pro » à collaborer avec les médecins et il y en a d'autres qui le sont moins. Il y a des médecins qui sont plus tentés de le faire avec les infirmières que d'autres. C'est vraiment partagé, on dirait que ça dépend de la personnalité de la personne. » (Inf. 2,44)

5.2.3 Prise de conscience et intériorisation de la collaboration interprofessionnelle

5.2.3.1 Processus d'interconnaissance

En général, la connaissance mutuelle entre médecins et infirmières est bonne sur l'unité. Deux infirmières se sont exprimées sur le sujet.

« [Les médecins] nous connaissent davantage les infirmières d'expérience et sont plus habitués de travailler avec les infirmières du département. » (Inf. 2,18)

La relation entre les médecins et infirmières juniors serait plus difficile. À cause du manque d'interconnaissance, celles-ci éprouveraient plus de difficultés à communiquer et à s'exprimer lors des tournées interdisciplinaires. Ils sont plusieurs à faire part de ce commentaire, soit, trois infirmières, deux médecins et un gestionnaire. Une des infirmières a soulevé le problème à trois reprises, tandis que le médecin à deux reprises au cours de l'entrevue. Voici ce qu'ils ont dit :

« C'est sûr qu'au début, je pense que quand tu es nouvelle, tu as plus de difficultés à prendre ta place au niveau de l'équipe multidisciplinaire. Mais au fur et à mesure que tu te sens de plus en plus à l'aise, tu connais aussi l'équipe médicale puis eux aussi te connaissent. C'est sûr que quand tu connais bien l'autre, c'est plus facile de communiquer. » (Inf. 1,18)

« Pour les nouveaux, ça peut être plus stressant de parler devant tous les membres de l'équipe, peut-être. Mais pour moi, parce que je suis là depuis plusieurs années, ça ne me dérange pas de dire quelque chose. » (Inf. 3,28)

Le manque de communication entre médecins et infirmières peut parfois avoir un impact sur la collaboration. Une infirmière évoque un des résultats du manque de collaboration lors de la planification d'examen. Cette problématique surviendrait surtout avec les résidents. Ainsi, une

infirmière raconte qu'il arrive aux médecins de prévoir des examens pour les patients sans en informer l'infirmière.

« Comme pour aller à un scan, ou quelque chose comme ça. Il arrange tout mais oublie de le dire à l'infirmière. » (Inf. 3,50)

Un des médecins tente une interprétation à cette collaboration plus difficile à instaurer avec les nouveaux membres de l'équipe.

« C'est parce qu'il y a plusieurs facettes, elles se sentent gênées, elles savent pas comment... elles vont aller un par un, au lieu d'aller à l'équipe. Ça c'est d'emblé. Ils essayent d'apprendre, de se sentir confortable dans un environnement qui n'est pas nécessairement évident. » (Md. 1,17)

Les participants ont noté un autre résultat au manque d'interconnaissances avec les médecins consultants. Les médecins des autres unités seraient moins enclins à la collaboration selon une infirmière et un gestionnaire. Selon un gestionnaire dans le cas où le médecin collaborerait moins avec l'infirmière, le fonctionnement de l'unité et l'importance de la collaboration leur seraient clairement expliqués ce qui entraîne une meilleure coopération la fois suivante. Une infirmière observe :

« C'est sûr qu'il y a des médecins, à l'extérieur de l'unité, [avec qui] ce n'est pas du tout la même dynamique. » (Inf. 1,48)

Une infirmière et un gestionnaire soulignent que la qualité de collaboration est en lien direct avec le professionnalisme et l'intégrité des membres de l'équipe.

« Ça prend aussi le professionnalisme. » (Inf. 2,8)

« Je pense qu'on devrait garder, pas une intolérance, mais un standard [...] il faut s'attendre que chaque personne se sente imputable face à la sécurité et aux meilleurs soins, l'engagement individuel. Je pense qu'on ne peut pas respecter quelqu'un qui n'a pas cet engagement là. Je pense que ça arrive très rarement. » (Gestio. 1,12)

5.2.3.2 Établissement d'une relation de confiance

La relation de confiance est un des pivots centraux de la collaboration. Deux médecins et deux infirmières disent que la relation entre les médecins et les infirmières seniors est généralement bonne. Les médecins feraient davantage confiance à ces dernières. L'un d'eux souligne aussi le fait que les infirmières seniors sont portées à poser la même question à différentes personnes si la réponse donnée par le médecin responsable n'est pas celle attendue.

« Je pense que les médecins font beaucoup confiance aux infirmières d'expérience, qui sont là depuis longtemps. Souvent on s'aperçoit qu'ils se réfèrent aussi à elles avant d'aller voir quelqu'un d'autre. » (Inf. 1,6)

« Les infirmières plus seniors ont tendance à poser les questions aux médecins. Le problème avec l'infirmière senior c'est qu'elle a son bagage de connaissances et puis si la réponse ne convient pas un peu à ce qu'elle s'attendrait, elle risque de dire : « Bon c'est qui ça? » Au lieu d'intégrer le message. [...] On voit ça souvent dans cette unité-ci. » (Md. 1,9)

Afin d'établir une relation de confiance, les professionnels doivent être compétents dans leur domaine. Le niveau d'aptitude des différents professionnels semble avoir une importance particulière aux soins intensifs. Trois infirmières et deux gestionnaires disent qu'il est de la responsabilité de chaque professionnel d'être compétent dans son domaine. Deux infirmières ont d'ailleurs l'impression d'être très compétentes dans leur travail.

« ... La collaboration, ça passe beaucoup par la compétence des deux personnes. Je ne pense pas qu'il peut y avoir de la collaboration si l'infirmière n'est pas compétente, puis je ne pense pas qu'il peut y avoir de la collaboration non plus si on a un médecin ou un résident qui n'est pas compétent. Ça ne peut pas être de la collaboration parce que pour moi c'est supposé d'être égal à égal, puis s'il y a quelqu'un qui connaît pas bien ses données... On ne peut pas collaborer... » (Inf. 2,94)

« Je pense que la collaboration ici est vraiment extraordinaire. Moi, je ne peux pas parler pour tout le monde, parce qu'on est chacun différent, mais moi je crois que je me fie beaucoup aux expertises des infirmières... » (Md. 2,44)

Une infirmière cite :

« Je pense qu'aux soins, on voit régulièrement que les médecins prennent vraiment en considération notre opinion, étant donné qu'on a beaucoup de bagage, on a beaucoup de connaissances. » (Inf. 1,8)

« Parce que ça vient d'en haut, parce que le [médecin en chef] a apporté beaucoup au fait que les infirmières soient expertes dans leur domaine. Il [respecte les infirmières], ils donnent aux infirmières le respect face à leur profession et [les médecins en bénéficient parce que les infirmières] collaborent avec eux...» (Traduction libre, Gestio. 2,143)

Cette compétence doit être reconnue par les pairs. Encore une fois, les infirmières veulent la reconnaissance de leur expertise. Une infirmière explique ainsi qu'une des preuves de collaboration est lorsque le médecin lui donne raison devant les résidents.

« Ça part d'en haut, parce que lorsque le patron se tourne [vers l'infirmière] et dit [aux résidents], vous devez écouter l'instinct des infirmières, je ne l'ai pas fait et

regardez ce qui c'est passé. [...] C'est le plus grand respect de collaboration que vous pouvez avoir. » (Traduction libre, Gestio. 2,269)

Cependant, les professionnels racontent qu'ils doivent faire preuve d'indulgence envers les autres. Les deux gestionnaires mentionnent que les professionnels compétents peuvent eux-mêmes faire des erreurs.

«... la compréhension, qu'on est tous faillible, et je pense la confiance que tout le monde veut faire la bonne chose. » (Gestio. 1,14)

« Reconnaître que tu avais tort, c'est reconnaître qu'il y a un manque que tu peux t'améliorer. C'est reconnaître que tu es humain. » (Traduction libre, Gestio. 2,271)

Le manque de compétences est également cité pour expliquer le manque de collaboration. Deux infirmières, et un gestionnaire ont particulièrement évoqué le problème du manque de compétences des résidents; notamment lors de leur garde la nuit.

« Les résidents qui prennent soins des patients sont débordés de travailler avec tant de perfusions, maladies et physiopathologies. » (Traduction libre, Gestio. 2,121)

« On a beaucoup plus de problèmes avec [la compétence] la nuit parce que le patron n'est pas là. Quand on a affaire à des résidents qui sont [en première année de résidence], qui ont pas d'expérience, qui n'ont fait aucun stage en soins intensifs, qui arrivent leur première journée, première nuit, ils ne savent pas quoi faire, puis ça fait que nous on est beaucoup moins [en confiance] dans ce qu'on fait. [...] Je ne peux pas dire que si mes questions n'ont pas de réponses, je ne peux pas dire que c'est de la collaboration. » (Inf. 2,94)

5.2.3.3 Partage des territoires professionnels

Finalement, lorsque la collaboration est bien intégrée, les professionnels doivent être capables d'échanger l'information et partager les responsabilités. Une infirmière et un gestionnaire parlent du partage de l'information comme un élément favorable à la collaboration.

«Le souci, je pense [...] d'être sûr qu'on partage la même information, je pense que c'est les ingrédients essentiels à la communication. » (Gestio. 1,14)

«...Mais, dans la communication, il faut être capable de parler le même langage. Surtout ici. Il faut parler la même langue, il faut comprendre ce que la personne dit. » (Inf. 2,10)

Grâce au partage d'information et à une bonne communication, les professionnels se font confiance et permettent aux autres de s'immiscer dans leur territoire professionnel. Dans cette unité de soins intensifs, certaines zones grises se sont installées et les professionnels partagent leurs responsabilités. Dans cette zone, les responsabilités communes exprimées sont d'abord

centrées sur le patient, la communication entre professionnels, patients et familles. Un médecin commente au moins à deux reprises, la responsabilité commune face au patient. La communication entre les professionnels, les patients et leur famille est également incluse dans la responsabilité commune des soins aux patients selon deux médecins. L'un d'entre eux a pourtant l'impression que les médecins n'effectuent pas toujours leur part de travail.

« Les responsabilités sont partagées... Elles sont de travailler pour donner le meilleur soin aux patients. » (Md. 2,32)

« Je pense qu'on a plus que notre part à faire. Des fois c'est trop facile pour les médecins d'esquiver la responsabilité de communiquer avec les patients, alors, on s'arrête là... Donner des nouvelles à la famille, parler au patient, détecter ce qu'il veut, être interrogé sur le bilan... » (Md. 2,34)

« Je pense que les médecins n'aident pas quand c'est une famille difficile ; ils ne vont pas leur parler, alors l'infirmière a à subir tous les contrecoups de la famille, et alors, c'est pour ça que quand je parle de l'équipe médicale qui est problématique et c'est là où je pense que les médecins sont aussi responsables que les infirmières. » (Md. 1,29)

5.2.4 Délégation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle

Dans ce milieu, la délégation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle se fait principalement de façon endogène. Les professionnels ont davantage parlé de la gestion de la collaboration à l'intérieur de l'unité que des mécanismes extérieurs de l'hôpital.

5.2.4.1 Caractère endogène de la régulation

La gestion collaborative est un moyen privilégié afin de modérer les conflits. Un gestionnaire exprime son importance sur l'unité : médecins et infirmières peuvent s'inspirer de cette façon de faire.

Un médecin, deux infirmières et un gestionnaire ont clairement exprimé que la collaboration entre médecins et infirmières est généralement bonne; que certains problèmes et malentendus de communication peuvent toujours survenir, quoique les conflits se règlent plutôt bien entre les personnes concernées. La culture aurait donc un rôle en tant que régulateur de conflits. Les professionnels utilisent les règles informelles comme argumentation et obtiennent ainsi une gestion des mésententes.

« Il y a sûrement déjà eu des problèmes. Mais moi, je n'ai jamais été témoin de ces problèmes là. Oui, je sais qu'il y en a déjà eu peut-être des problèmes de collaboration, de communication, de malentendus. Il y en a sûrement eu. Mais moi, je suis une fille assez positive puis je trouve qu'en général, les choses se passent quand même bien. » (Inf. 1.52)

« C'est amusant de voir comment les infirmières se parlent entre elles. S'il y a un médecin qui n'est pas très réceptif à leur égard ou qui ne veut pas communiquer, elles vont être capables de retourner voir le médecin ou bien l'infirmière en charge qui va être capable d'aller voir ce médecin et dire «Tu sais quoi, ici on ne fait pas ça comme ça. » (Traduction libre, Gestio. 2,46)

La tournée interdisciplinaire hebdomadaire peut également servir d'outil dont l'unité s'est dotée afin de régler les conflits, à l'interne. Un médecin doute cependant de son efficacité.

« D'abord, aux soins intensifs, d'avoir des tournées où on discute des cas à problèmes. C'est bien, mais je ne sais pas ce que ça résout, et bien souvent, les valeurs qui y sont véhiculées de la part du personnel médical, en général, ne tiennent pas compte des valeurs, n'articulent pas les valeurs de la famille. » (Md. 1,27)

L'infirmière clinicienne spécialisée joue non seulement un rôle de structure favorisant la collaboration mais permet également la gestion des conflits. Son implication est soulignée par au moins un médecin et un gestionnaire comme moyen employé par l'hôpital afin de prévenir le dépassement du cadre légal par les infirmières. Ces infirmières seraient donc un moyen endogène utilisé afin de faire respecter les règles exogènes.

« Je pense que [l'infirmière clinicienne spécialisée et l'infirmière éducatrice] font bien attention à tout ce qui est fait aux soins, soit fait selon les standards, selon les standards [de l'hôpital] et je pense qu'à peu de choses près, je ne vois pas de choses qui sont faites en dehors du champ de pratique et d'expertise des infirmières. » (Md. 1,21)

5.2.4.2 Caractère exogène de la régulation

L'identification du cadre légal est une partie difficile pour les professionnels. Plusieurs sont hésitants à identifier celui-ci et les actes posés dépassant le cadre de fonction des infirmières. Certains étaient réticents, ne voulant peut-être pas se compromettre ou compromettre l'organisation. Un gestionnaire explique l'importance de se référer à une instance supérieure lorsqu'il y a un doute sur la légalité d'un acte. Par la suite, il présente le fondement de la législation et l'importance de son évolution en lien avec celle de la médecine et la protection du citoyen. Il explique :

« Je ne peux pas vous dire, combien les infirmières devraient consulter si elles ont une question avec l'Ordre des Infirmières, et à ce moment là, voir qu'est-ce que leur code de profession dit, qu'est-ce que la Loi sur la santé et les services sociaux et qu'est-ce que la Loi 90 dit. » (Gestio. 1,42)

La majorité des participants a tout de même identifié quelques actes où les infirmières dépassent le cadre légal régi par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. Deux

infirmières ont parlé des actes qu'elles exécutaient et qui n'étaient pas autorisés tout en mentionnant qu'au jour de l'entrevue, les protocoles avaient été modifiés pour que les actes soient désormais officiellement délégués. Les actes posés par les infirmières et dépassant le cadre légal, résident principalement en l'ajustement de médication ainsi que les prélèvements sanguins faits sans prescription médicale. Ils ont été cités par un médecin, trois infirmières et un gestionnaire.

« Les prises de sang des fois, ou donner des médications sans demander avant. » (Inf. 3,74)

« Des médicaments pour la sédation ou un antipyrétique, des choses comme ça. » (Inf. 3,78)

Les raisons de ces dépassements sont rapidement expliquées par les professionnels. Notamment par un médecin et une infirmière qui justifient la réalisation de ces actes par la volonté de ne pas déranger le médecin.

« Le soir elle ne veut pas déranger le médecin, pour donner quelque chose, elle demande, plus tard. » (Inf. 3,76)

La chercheuse a laissé les médecins et les infirmières exprimer leur point de vue sur le dépassement du cadre légal. Selon un médecin, trois infirmières et un gestionnaire, les médecins n'auraient pas de problème avec ces situations; bien évidemment s'ils sont en accord avec la décision prise.

« Ça dépend du médecin. Il y a des médecins qui disent « Tu me connais, tu sais quelle sorte de sédation je veux et tu peux le donner, ça ne me dérange pas. » Mais les autres c'est [que les infirmières empiètent sur leur territoire]. » (Inf. 3,80)

Un médecin explique :

« Ça dépend si je suis d'accord avec ce qu'elles ont fait. Normalement je préfère être appelé, mais je pense que les infirmières sont plus inconfortables de nous déranger quand qu'elles savent déjà la réponse. Mais moi normalement je dis de m'appeler quand même, il y a des fois où j'arrive le matin et je suis content de ne pas être appelé pour quelque chose où la réponse était très claire. » (Md. 3,62)

À la question de savoir, si le respect du cadre légal est identique sur les autres unités, les avis divergent. Deux infirmières et un gestionnaire expliquent les différences, tandis qu'une infirmière mentionne les actes dépassant le cadre légal effectués dans d'autres unités.

« ...Nous, la certification est moins officielle, on se fait vérifier par une collègue, puis c'est moins officiel que sur les autres étages. » (Inf. 2,88)

«...Je pense que dans les autres unités, les infirmières vont faire les prises de sang sans demander. Je pense que ça va arriver des fois. Ou donner des choses sans [ordonnance]. » (Inf. 3,90)

5.3 Communication entre professionnels, le patient et sa famille

Les besoins de communication des patients et de leur famille ont leurs propres spécificités. Toutefois, hormis quelques différences, leurs besoins sont semblables à plusieurs égards. Au début du cheminement, la présentation des résultats sur la communication devait être construite selon la qualité attendue et perçue par les patients et les familles. Mais après s'être aperçus de l'existence d'éléments communs entre les patients et leur famille à propos de la qualité attendue et perçue, les résultats sont présentés selon les thèmes les plus évoqués. Par ailleurs, il est difficile de cibler uniquement la communication car il s'agit d'un concept vague pour la plupart des patients et des familles. La communication englobe différents éléments tels, le verbal et le non-verbal, les habiletés de communication, la qualité de l'information transmise.

5.3.1 Chocs des soins intensifs et valeurs des patients et des familles

Aux soins intensifs, tant les patients que les professionnels expliquent l'importance de l'implication de la famille dans le processus de soins. Une famille explique quant à elle, l'impact de sa présence sur le personnel des soins intensifs et sa contribution au niveau des soins.

« Je suis impliquée parce que non seulement c'est mon mari mais je tiens aussi à pouvoir aider [les professionnels] parce qu'aux soins intensifs chaque semaine c'est des nouveaux médecins, alors c'est dur de garder un bon suivi. Les médecins ont plusieurs patients, moi je n'ai qu'un seul mari alors je suis assez au courant. » (Fm. 2,8)

« Personnellement, je crois qu'un médecin ou une infirmière fait plus attention quand la famille est présente.[...] Avec le soutien de toute la famille [...] ça fait une différence. » (Fm. 2,52)

Un médecin parle de la difficulté d'impliquer la famille dans le processus de prise de décision:

«...l'équipe doit maintenant aller en profondeur avec la famille dont le patient est dans le lit. Souvent, le patient ne peut alors pas articuler ses valeurs et c'est avec les familles qu'on fait ça. [...] C'est difficile parce que, moi comme médecin, il faut que j'intègre les valeurs de la famille à l'intérieur du soin au patient... » (Md. 1,27)

Le choc de la maladie et de sa gravité sont ressentis et soulignés par toutes les familles. Seul deux patients se sont exprimés sur le sujet. Ils soulignent à quel point ils sont troublés, leur difficulté à poser des questions et à retenir l'information. Une famille explique l'intérêt de l'attention et du support émotif offerts par les professionnels.

« C'est impressionnant quand vous regardez tout ça. C'est impressionnant quand vous rentrez aux soins intensifs, il y avait à peu près cinquante-six machines. Je vous dis, vous n'êtes pas trop brave. » (Fm. 5,140)

« Je peux vous dire une chose, à venir jusqu'à cette semaine, je n'en posais pas trop de questions parce que j'étais trop émotive puis qu'est-ce qu'ils me disaient, ça rentrait là, puis ça sortait là. Je n'étais pas capable. [...] Mais là, je commence à être un peu mieux, parce que moi j'ai eu un choc. » (Fm. 5,60)

« Vous écoutez tout le monde puis vous ne comprenez rien. Ça fait que même s'ils nous expliqueraient... Au début là, on ne comprend rien. » (Fm. 5,108)

« Comment je pourrais dire, je voulais avoir une petite attention, comme un petit bébé. » (Fm. 5,102)

« J'avais besoin de câlins, comme un petit enfant. Je me sentais comme une petite fille là, toute seule dans son coin. Je me sentais tellement seule, vous ne pouvez pas savoir. C'est dur, tu sais, c'est dur mais ça dépend des caractères. » (Fm. 5, 108)

Selon les patients et leur famille, la communication entre eux et les professionnels est généralement positive. Cependant, la bonne communication avec les infirmières est davantage soulignée par les participants.

« [La gestion au chevet] est imbattable. On est vraiment très bien traité, c'est absolument excellent. » (Pt. 5,40)

« La communication est très bonne. [...] Les filles sont vraiment exceptionnelles. J'ai eu du très bon service, que ce soit au niveau du médecin, les infirmières. C'est sur que les infirmières sont plus proches des patients, mais c'est très bien, je n'ai pas vraiment à me plaindre. » (Pt. 2,8)

« J'étais très contente avec les infirmières et avec tous les soins que j'ai reçu dans les soins intensifs. » (Pt. 4,113)

Un médecin expose l'impact des infirmières dans le soutien psychologique offert au patient et à sa famille.

« L'infirmière prodigue la vaste majorité des soins au chevet. Elles font partie des soins, des processus décisionnels, il faut qu'elles soient identifiées par la famille et je

pense que ça a pour résultat de diminuer le niveau d'anxiété que la famille peut ressentir. » (Md. 1,13)

Les valeurs des patients et des familles s'opposent parfois à celles des professionnels. Un médecin parle des valeurs véhiculées par la culture. Certains membres du personnel auraient de la difficulté à gérer leurs valeurs et celles des patients qui ont, une éducation, une culture et des religions différentes, puisque ce Centre possède une clientèle provenant de partout dans le monde. Ces confrontations bouleversent alors les valeurs des professionnels qui auraient besoin d'en discuter entre eux.

« Il faut que l'infirmière puisse sortir de ses valeurs. Ce n'est pas toujours facile. Puis je parle d'infirmière, mais il faut que notre équipe médicale puisse intégrer les valeurs du patient pour justement maintenir les ponts et ne pas essayer de les scinder. L'équipe médicale, les infirmières et les médecins, ont des difficultés avec ça. » (Md. 1,27)

Ce problème est retrouvé chez plusieurs professionnels mais davantage chez les infirmières francophones. À deux reprises ce médecin, expliquent ces différences et les difficultés qu'elles ont à nuancer leurs propres valeurs de celles de leurs patients.

« ... de façon plus marquée, plus soutenue chez les infirmières francophones. Mais, on entend ça aussi chez les anglophones. Mais c'est de façon plus articulée, beaucoup plus probante, beaucoup plus marquée chez les infirmières francophones. » (Md. 1,29)

5.3.2 Qualités attendues des professionnels

Des qualités interpersonnelles ont été nommées par tous les participants comme élément clé de la communication. Un patient et deux familles mentionnent que les professionnels qui semblent passionnés par leur travail offrent un meilleur service.

5.3.2.1 Personnalité et création d'une relation

Il est bien entendu qu'au cours d'un long séjour aux soins intensifs, un lien d'attachement peut se développer entre les professionnels, les patients et leur famille, plus fort peut-être, qu'avec l'infirmière d'une unité qui a 5 ou 6 patients en charge. L'infirmière des soins intensifs peut se permettre de rester au chevet du patient durant presque tout son quart de travail. Par ailleurs, la question de personnalité et d'affinité avec certains professionnels favorisent la création d'une relation selon deux patients et trois familles. Tous s'entendent pour dire que la personnalité du professionnel a une influence dans la relation qu'ils entretiennent avec ce dernier. Patients et familles s'attendent à un professionnel ayant la capacité d'établir un lien et une relation de confiance.

« C'est sûr qu'on ne vient pas ici pour créer une amitié mais je pense que quand on peut s'entendre et avoir une bonne relation amicale, ça peut beaucoup aider aussi. » (Pt. 2,14)

« Chacun est comme il est. C'est une question de chimie, moi aussi je vais aller vers certaines personnes puis je n'irai pas vers d'autres. » (Fm. 2,22)

« Ce n'était pas qu'une était plus gentille que l'autre. Je pense que c'est une question d'affinité. [...] il y en a une [infirmière] que je suis plus attachée tu sais... » (Pt. 2,26)

« On arrive à créer certains liens et ça c'est personnel à chaque médecin. La communication, il y en a qui l'ont et il en a qui ne l'ont pas. Ça, je ne crois pas que ça s'apprend dans les livres, c'est une question de caractère, alors c'est sûr que j'ai des affinités plus grandes avec certains médecins. » (Fm. 2,22)

Deux patients signalent également que les professionnels doivent faire preuves de patience et de compréhension lors des échanges. Tandis que trois familles expriment l'impact de la gentillesse des professionnels. Tous souhaitent des professionnels calmes faisant preuve d'indulgence. Patients et familles parlent davantage de la capacité des infirmières à remplir ce mandat.

« Elles ont la patience de tout me dire parce que je demande, comment est sa créatinine, son hémoglobine. Ils me disent tout. » (Fm. 1,64)

« J'ai jamais vu autant de douceur et de gentillesse dans ma vie. Puis tant de femmes responsables, on dirait qu'elles ont la vocation comme on appelait ça dans le temps. C'est une vraie vocation puis elles sont gentilles, fines, elles répondent à nos questions. » (Fm. 5,18)

« Moi je trouve que la manière [des infirmières] d'expliquer, de sécuriser les gens très bonnes. » (Fm. 4,104)

5.3.2.2 Techniques de communication

Ces qualités interpersonnelles doivent être intégrées aux techniques de communication. Plusieurs d'entre elles ont été énumérées par les participants. Bien que cela puisse sembler anodin, une famille dit qu'un des facteurs favorisant la communication est la présentation du patron à la famille en début de semaine. Effectivement, une des façons de débiter une relation est de se présenter. Étant donné que le professionnel de santé est souvent en situation de pouvoir, il se doit de le faire en premier.

« C'est une bonne façon de procéder lorsqu'ils s'introduisent et qu'ils me disent et m'offrent leur disponibilité de poser des questions. » (Traduction libre de l'anglais, Fm. 1.104)

Malheureusement, ce n'est pas le cas de tous les professionnels, plus particulièrement des médecins selon une famille. Les médecins n'ont pas abordé cet élément. Deux infirmières signalent qu'elles se présentent toujours au patient et à sa famille en début de journée.

« Quand j'arrive je me présente, je parle [au patient], je m'assure qu'il comprend ce que je lui dis, qu'il n'a pas de problème neurologique ou de compréhension. » (Inf. 2,12)

Patients et familles s'attendent à ce que médecins et infirmières soient à l'écoute, ce que les professionnels de l'unité font en général. La capacité d'écoute des infirmières et des médecins a été citée par trois patients et trois familles à plusieurs reprises.

« Si j'ai besoin de quelque chose, s'il y a quelque chose qui me dérange, je veux qu'ils m'écoutent. » (Pt. 4,14)

« Ils nous prennent dans une chambre, ils nous parlent [...] ils sont sensibles. » (Fm. 1,204)

« Ils ont l'air d'être bien à l'écoute puis, ils ont l'air de bien prendre soin des patients. » (Fm. 3,18)

« Capacité d'être à l'écoute des patients. » (Pt. 3,2)

« Les infirmières sont à l'écoute des patients et elles se dévouent énormément. » (Fm. 4,238)

Les familles ont parlé de l'importance de pouvoir exprimer leurs besoins, leurs impressions et leurs sentiments. Deux familles ont l'impression d'identifier des changements dans l'état de santé du patient avant les professionnels. Elles demandent à être davantage écoutées lorsqu'elles relatent aux professionnels les besoins du patient. Une famille dit devoir s'imposer aux professionnels afin qu'ils prennent en compte les changements qu'elle a constatés.

« Que les professionnels soient à l'écoute, j'apprécie et c'est extraordinaire parce qu'ils ne prennent pas ça à la légère. Ils pourraient dire «Elle est vidée, elle est fatiguée, elle est trop anxieuse. » (Fm. 2,12)

« Que les professionnels s'assoient avec moi et qu'ils m'écoutent. » (Traduction libre de l'anglais, Fm. 1,60)

« Quand on regarde ma mère, on voit que ce n'est pas bon, donc après nous allons voir le médecin. » (Fm. 1.144)

Deux patients s'attendent à ce que les professionnels les croient lorsqu'ils rapportent qu'ils ont de la douleur. À ce sujet, les professionnels de l'unité semblent répondre aux attentes du patient.

« Je suis la patiente. C'est moi qui est malade, c'est moi qui sent la douleur, c'est moi qui sent quelque chose. Si par exemple j'ai une douleur, j'ai besoin de quelque chose, j'ai besoin d'être soulagé. Je veux qu'ils comprennent. » (Pt. 4,16)

Un patient et deux familles ont décrits les professionnels de l'unité comme réceptifs et capables de rester centrés sur le sujet. Ce dernier élément, apporté par une famille, importait à leurs yeux puisque lors des moments de stress, ils posent beaucoup de questions sans nécessairement être attentifs aux réponses.

« Aux soins intensifs, j'ai jamais eu de problèmes, ils sont assez réceptifs. » (Fm. 2,10)

Parmi les qualités de communicateur, il ne faut pas oublier l'importance de l'humour. Même s'il règne aux soins intensifs une incertitude, un patient et une famille mentionnent l'humour et sont sensibles à son utilisation afin de détendre l'atmosphère. Ces participants ont apprécié le recours à cette méthode.

« Ici, c'est toujours une farce après l'autre, puis tout le monde rit. Une belle humeur règne, c'est fantastique. Je trouve ça excellent. » (Fm. 4,112)

5.3.2.3 Compétence et professionnalisme

La compétence et le professionnalisme font partie des critères de qualité attendus par les usagers. Un patient et une famille soulignent l'importance du professionnalisme chez les médecins et les infirmières. La compétence des médecins a davantage été décrite par deux patients et trois familles. Une famille souligne toutefois son impression d'un manque de compétences chez certains résidents, tandis qu'une autre doute parfois de l'exactitude des réponses des infirmières.

« Ils sont très professionnels, je peux vous dire chapeau. Je les regarde, j'ai rien que ça à faire [...] moi je ne peux rien faire mais je les regarde agir, puis bravo. » (Fm. 5,192)

« Malheureusement, il y a des fois où je me demande si moi je ne suis pas plus qualifiée qu'eux. Je ne veux pas être trop, je ne veux pas les insulter, mais souvent quand j'ai affaire à des résidents qui sont de première année. C'est normal, ils ne sont pas encore médecins, ils apprennent sur le tas eux aussi mais quand il s'agit de notre mari, on s'attend au meilleur. » (Fm. 2,10)

« Quelquefois, je parle à l'infirmière et je pense moi-même «Je pense que ce n'est pas la bonne réponse, je pense que ce n'est pas vrai. Après, je vais demander au médecin s'il est là. » (Fm. 1,186)

5.3.3 Qualité de l'information transmise au patient et à sa famille

C'est souvent à travers l'information donnée par les professionnels que le patient et sa famille perçoivent la qualité des soins donnés. Tant les médecins que les infirmières doivent faire preuve d'ouverture et de transparence afin de fournir les meilleurs éclaircissements possibles au patient et à sa famille. Cependant il peut être difficile aux soins intensifs de prendre le temps d'expliquer aux familles, dû à l'instabilité des patients. La personne étant très malade, retarder un traitement de quelques heures peut avoir un impact sur le pronostic de survie des patients. Cependant, les familles expliquent qu'ils comprennent ces situations et ne demandent pas d'obtenir de délai pour avoir de meilleures explications.

« Le chirurgien m'a rappelé à une heure et quart parce qu'il devait la⁴ ramener en salle d'opération parce qu'elle faisait une hémorragie. Quand je suis arrivée à l'hôpital, elle était déjà sur la table d'opération, le chirurgien est venu nous voir à cinq heures du matin. Ça été tout le temps comme vite, mais on n'avait pas le choix. Ça, là-dessus, ce n'est pas de leur faute. C'est des inconvénients de la vie je pense et puis c'était tout le temps des grosses urgences. » (Fm. 3,51)

La question des explications est également revenue à différentes reprises lors des entrevues. Tous les participants en ont parlé à leur manière. Les informations et les explications proviennent tant des médecins que des infirmières. Plus loin dans cette section, les différences seront abordées.

« Comme j'ai dit tout le monde est différent, mais pour moi j'aimerais avoir des renseignements. Savoir tout ce qui s'est passé tout de suite. » (Pt. 4,107)

« Les explications proviennent des médecins et des infirmières » (Pt. 5 et Fm. 4,81)

« Chacun qui vient faire quelque chose avec toi, prend la peine de te dire, bon ça, je vais te donner ça, c'est pour ci, c'est pour ça. Bon on va te faire ça, les raisons sont là. C'est superbement, très bien expliqué. » (Fm. 4,89)

« C'est très bien expliqué. Moi je suis très satisfaite. » (Fm. 4,118)

« Moi je trouve qu'ils expliquent bien, ils sont là pour le patient. » (Fm. 4,236)

« Je peux leur demander des détails, n'importe quoi. J'ai rencontré son chirurgien après l'opération puis je lui ai parlé ouvertement. Il m'a parlé très ouvertement puis je me suis sentie très à l'aise avec ça. » (Fm. 4,159)

⁴ Le membre de famille parle de sa mère

5.3.3.1 Communication ouverte et transparente

Un sujet récurrent lors des entretiens est l'importance accordée par les patients et leur famille à la libre expression. Deux patients et cinq familles expliquent l'intérêt d'une communication ouverte qu'ils désirent honnête et transparente. Ils n'aiment pas se voir exclure de la conversation lorsque les médecins discutent et ne veulent pas avoir l'impression que les professionnels leur cachent des éléments. Les avis sont partagés sur la capacité des professionnels de remplir ce mandat.

« Personnellement, je crois que la communication doit être très large et [que les professionnels] ne devraient pas [...] nous cacher quelque chose parce que finalement, c'est mon mari et que le patient appartient à la famille. » (Fm. 4,128)

« Si tu caches au patient, il n'y a rien de pire que ça. » (Fm. 4,139)

« Mon anxiété, elle est à son plus haut niveau. Je pense que je ne peux pas parler pour les autres mais me cacher quelque chose me créerait plus d'anxiété que de me dire la vérité. Moi, personnellement, je crois que c'est très important parce qu'en nous disant ce qu'il y a, on se prépare psychologiquement. Alors, ne pas nous dire, je crois que lorsqu'une catastrophe arrive, je crois que c'est plus dur à digérer. » (Fm. 2,16)

« Je trouve qu'ils sont honnêtes. » (Fm. 4,139)

« C'est très important, ils sont honnêtes, ils écoutent et sympathisent. » (Fm. 1,246)

« Je dois dire qu'ils sont vraiment très clairs quand ils disent quelque chose. » (Fm. 1,202)

« Ils sont très honnêtes. Ils ne disent pas c'est bon lorsque ce n'est pas bon. Ils me disent exactement ce qu'il en est. » (Fm. 1,112)

« Le médecin a parlé avec l'infirmière, puis j'entendais juste des brèves, mais il aurait pu me parler, il me semble. En tout cas, il a gardé ça pour lui. » (Fm. 5,140)

5.3.3.2 Facteurs entourant la transmission de l'information

Un des facteurs favorisant selon deux patients et deux familles, est la disponibilité offerte par les professionnels pour répondre à leurs questions. Ils veulent avoir la possibilité de poser des questions sans s'imposer.

« Ils m'ont expliqué et puis quand j'avais des questions à poser, ils n'hésitaient pas à amplifier. » (Pt. 5,119)

« Ce qui est le plus important est qu'ils me disent ce que je demande. Quand je demande une question, qu'ils répondent adéquatement. » (Fm. 1)

« Ils sont vraiment disponibles, si on a une question ou quoique ce soit. » (Fm. 3,89)

« Quand on pose des questions, ils nous répondent. » (Fm. 3,105)

Un patient et une famille explique l'importance de leur offrir de poser des questions.

« Je pense que c'est important pour les proches de dire, si vous avez les questions ou quelque chose comme ça... » (Fm. 1,104)

« Peut-être s'ils m'avaient dit, oui, vous avez attrapé [un virus], est-ce que vous savez c'est quoi? » (Pt. 2,89)

« Je pose des questions puis j'aime ça poser des questions, j'aime ça comprendre qu'est-ce qui arrive. J'aime ça comprendre que ce soit dans ma santé, dans la santé des gens, j'aime ça comprendre qu'est-ce qui arrive, pourquoi arrive-t-il une telle affaire, donc, c'est juste qu'il y a cette petite lacune. » (Pt. 2,171)

« Mais celui⁵ qui est là cette semaine, j'ai beaucoup de misère avec lui. Tu sais, un moment donné je lui ai posé la question, je lui ai dit «Paraît-il qu'il y a un virus dans l'hôpital» parce qu'il me parlait [que mon mari allait] être transféré en médecine sur l'étage. Mais j'ai dit, «Il a été tellement malade», j'ai dit «J'ai peur ». Il m'a répondu «Vous n'avez pas confiance aux médecins, madame?». J'ai dit «Là n'est pas la question, j'ai peur.» Il a dit «Bien madame, on ne l'enverra pas dans un nid à poux.» (Fm. 5,22)

Cependant, cet objectif n'est pas toujours atteint. Quelques participants mentionnent qu'ils manquent de temps pour poser leurs questions et que cet élément pourrait être amélioré. Les professionnels semblent occupés et certaines personnes n'oseraient pas les déranger. Selon un patient et une famille il peut être difficile de poser des questions.

« Tu sais, tu poses des questions puis il n'y a personne qui te répond. » (Fm. 5,50)

Les trois médecins et trois infirmières disent qu'ils ne prennent pas le temps d'expliquer et d'offrir leur disponibilité.

« Je ne prévois pas vraiment de temps. Dans toute ma journée je prends le temps. Je peux faire d'autres choses en même temps. » (Inf. 3,12)

⁵ Le médecin en charge pour la semaine

« On est des infirmières, on peut [faire plusieurs choses en même temps]. Le temps que je fais un pansement, je peux parler aux familles et au patient en même temps. » (Inf. 3,14)

Trois patients soulignent qu'il peut être difficile d'obtenir de l'information contrairement aux familles qui n'ont pas mentionné cet élément. Ces patients commentent le besoin de poser des questions pour obtenir alors de l'information.

« Quand tu es intubée et que tu ne peux pas parler, tu dois te réveiller à la salle de réveil, pas dans l'unité de soins intensifs, j'aurais aimé que quelqu'un me parle tout de suite, mon médecin. » (Pt. 4,101)

« Le médecin était très stressé et la seule chose qu'il m'a dit et que je me souviens «Ce n'est pas le temps de parler. » Excuse-moi, non, pour moi c'est le temps. » (Pt. 4,103)

« Honnêtement, je n'ai pas eu d'information. » (Pt. 2,157)

Patients et familles désirent approfondir plusieurs sujets, comme leur maladie, la médication et les raisons de la douleur. Deux familles souhaiteraient connaître les raisons des mesures d'isolation. Une famille évoque également sa confusion lorsqu'un médecin lui explique qu'elle doit continuer de suivre les mesures d'isolement mais que les résultats des examens seront probablement négatifs.

« Au niveau de la médication et la compréhension, essayer de comprendre, donc la douleur, qu'est-ce qui te fait mal, pourquoi ça, pourquoi ci, qu'est-ce qui arrive, qu'est-ce qui a amené ça, donc, c'est ça que je trouve important. » (Pt. 2,14)

« Je demandais [au médecin] s'il avait reçu les résultats de ses selles. Il dit non, pas encore. Bien moi, j'ai compris que ce n'était pas de la C-Difficile. J'ai dit «Bien je vais pouvoir enlever ça.» Puis il est revenu, il a dit « Vous n'avez rien compris. » (Fm. 5,28)

Selon un patient et une famille la vulgarisation de l'information est la clé pour une bonne compréhension, ce que les professionnels de l'unité font en général.

« Si tu n'expliques pas dans des bons termes que la personne ne peut pas comprendre encore là, ça ne vaut rien. Il faut que les professionnels se mettent à la place du patient puis que le patient comprenne. Puis je pense qu'ici c'est ce qu'ils font. » (Fm. 4,128)

Selon trois familles, les professionnels ne doivent pas négliger leurs connaissances. Les familles souhaitent qu'on leur parle au même niveau tout en fournissant des explications complètes, et en ne présumant pas qu'elles ne comprendront pas. Cependant, deux familles ont l'impression que certains médecins sous-estiment leur capacité de compréhension.

« C'est sûr que moi, n'étant pas médecin, peut-être qu'on se dit, «Je ne veux pas l'embêter avec ça parce qu'elle ne va pas comprendre. Me parler de molécules ou de cellules, ce n'est pas mon domaine, mais dans la maladie, je crois que chaque maladie est particulière à chaque individu, donc on peut comprendre. Si mon mari a un problème dans ses cellules, qu'on m'explique le problème. Mais il y a des médecins qui ne le feront pas parce qu'ils se disent «Ils ne sont pas médecins, ils ne peuvent pas comprendre. » » (Fm. 2,26)

« Le médecin me dit «Bien, moi je suis interne en anesthésie, puis c'est des légendes urbaines pour la mémoire». Mais moi, ma mère, elle ne se réveillait plus. » (Fm. 3,37)

« C'est comme si j'étais un imbécile. » (Fm. 5,126)

5.3.3.3 Moyens utilisés pour palier au manque d'information

Deux patients et deux familles disent que s'ils ne réussissent pas à obtenir l'information dont ils ont besoin, ils se tournent vers d'autres alternatives tel que demander à un autre médecin, ou encore consulter l'Internet afin d'approfondir les explications.

« [Le médecin m'a dit qu'il allait m'expliquer plus tard.] C'est pour ça que, je devais... faire les signes à ma famille pour savoir qu'est-ce qui c'est passé parce que je ne pouvais pas avoir de réponses. Personne ne voulait me dire qu'est-ce qui c'est passé avec moi. Pourquoi je me suis réveillée aux soins intensifs puis c'était ma famille qui m'a dit exactement. Tu sais parce que ma famille, ils n'ont pas un «background»⁶ de médecins puis pour eux, c'était difficile de comprendre qu'est-ce qui s'est vraiment passé. » (Pt. 4,74)

« Je vais appeler mon propre médecin puis je vais lui demander qu'est-ce qu'il pense de tout ça. » (Fm. 5,76)

5.3.2.4 Impact d'une bonne communication

Une communication ouverte et cohérente ainsi que l'expression des valeurs des patients et de leur famille ont différents impacts psychologiques. Ces derniers signalent que l'information permet de diminuer le stress, aidant et permettant de pallier à l'insécurité.

« Je n'ai pas assez d'information et si je ne suis pas stressée, c'est parce que je suis déjà une personne qui n'est pas stressée. » (Pt. 2,159)

« Plus on m'explique, plus on me tranquillise dans le sens que ce n'est peut-être pas mieux, le diagnostic ne sera pas plus facile, mais au moins je saurai à quoi faire face. » (Fm. 2,24)

« De part leurs explications, leurs objectifs étant la personne que je suis, j'aurais beaucoup de misère à ne pas être informé parce que ça aurait créé beaucoup plus d'insécurité pour moi de ne pas savoir. » (Fm. 2,96)

⁶ Background : Passé, connaissances

« L'encadrement des infirmières donne un sentiment de sécurité. » (Pt. 3,8)

« M'expliquer c'est m'empêcher de m'imaginer des choses qu'on me cacherait et ça me rassure qu'on m'explique parce qu'on prend le temps de m'expliquer. Alors que, quelqu'un qui ne m'expliquerait pas, je me dis qu'il a quelque chose derrière la tête, est-ce qu'il va faire quelque chose que je ne suis peut-être pas d'accord qu'il fasse et que je ne voudrais pas ça. » (Fm. 2,24)

5.3.3.5 Différence de communication avec médecins et infirmières

Les messages provenant des médecins ou des infirmières sont sensiblement les mêmes envers les patients et les familles. La différence selon deux patients, est qu'ils apprennent les développements sur leur état de santé après leur famille.

« Même message, médecins et infirmières se parlent beaucoup; bon travail de collaboration entre médecins et infirmières aux soins intensifs; les médecins et infirmières sont des partenaires et les infirmières ont beaucoup de pouvoir. Aucune divergence entre les messages provenant des médecins et ceux venant des infirmières. » (Pt. 3,6)

« On voit que les infirmières, elles sont bien renseignées puis quand on leur demande une question, elles savent. On voit qu'elles ont parlé avec les chirurgiens. Elles se sont fait dire certaines choses puis elles supportent le médecin. » (Fm. 4,181)

Des différences ont été relatées par deux familles :

« Quelquefois, les infirmières disent quelque chose mais après je vais voir le médecin qui me dit des renseignements un peu différents. Maintenant, je vais voir le médecin et après l'infirmière. » (Fm. 1,150)

La communication avec les médecins revêt une importance particulière selon tous les patients et leur famille. Un médecin explique qu'il connaît l'importance que le patient et la famille accordent à ces discussions.

« Ce n'est pas à l'infirmière tout le temps, elle peut le faire, elle peut donner l'information, mais l'information que la famille veut entendre, c'est surtout des informations médicales. Elles vont demander s'ils ont bien dormi, si tout va bien et après vont essayer de parler au médecin. Je ne pense pas qu'il faut fragmenter justement cette discussion. » (Md. 1,13)

Un patient et une famille racontent qu'ils ont eu suffisamment de temps avec le médecin. Trois familles soulignent qu'elles auraient aimé voir les médecins plus présents puis une autre signale la difficulté de rencontrer le médecin le soir. Il faut considérer qu'il est difficile pour certaines familles d'être présentes le jour. Un médecin dit qu'il rencontre rarement les familles qui visitent uniquement le soir. Trois infirmières et un médecin avouent en effet

qu'ils ne prévoient pas un temps d'échange avec les usagers. Les infirmières parlent davantage aux patients et à leur famille en même temps qu'elles font d'autres tâches.

« Si c'est une famille qui visite juste pendant la soirée, il n'y a pas vraiment raison pour les appeler... » (Md. 3,36)

« S'asseoir et en discuter il y a des personnes que ce n'est pas nécessaire de rencontrer. » (Md. 3,38)

Trois patients et trois familles expliquent que la communication avec les médecins est souvent limitée et lorsqu'ils ont à prendre une décision ou annoncer une nouvelle, ils le font en groupe. Seule une famille note que les médecins connaissent les besoins des familles. Les quatre autres aimeraient une présence plus marquée des médecins, et plus de disponibilité pour répondre à leurs questions. Une patiente raconte même qu'elle doit passer par l'infirmière pour obtenir de l'information.

« Je trouve que c'est très important la communication avec le médecin. » (Fm. 2,30)

« Aux soins intensifs, j'ai trouvé ça un peu plus difficile de communiquer et généralement les médecins ne s'assoient pas 15-20 minutes pour nous parler. » (Pt. 2,35)

« Les médecins sont réceptifs mais la communication est restreinte. Il est difficile de poser des questions, le patient doit insister. Pour poser des questions aux médecins, le patient doit passer par l'infirmière. » (Pt. 3,4)

Deux médecins expliquent :

« Il y a des personnes qui sont là depuis plus de trois semaines, puis un médecin me dit : « J'ai vu la famille ou je me suis assis hier avec eux, et hier c'était jeudi parce qu'ils finissent le vendredi. C'est le mauvais message à envoyer à la famille. Les gens vont se dire : « Vous vous assoyez avec nous après trois ou quatre semaines parce que c'est la conférence du jeudi parce que vous savez que vous partez ». Je me suis fait dire ça combien de fois. C'est problématique. » (Md. 1,13)

« Je ne prévois pas un temps particulier pour les familles. Je leur parle en temps et lieu et quand il y a matière importante, on s'assoit à côté. On s'organise mutuellement pour s'asseoir. » (Md. 2,10)

La barrière de la langue avec les médecins lors des observations et des tournées quotidiennes a été évoquée par un patient et une famille. Ce patient expose son incompréhension face aux médecins qui s'expriment en anglais devant lui au cours de la tournée alors qu'ils savent parler français. Le patient et le membre de la famille sont revenus sur ce sujet à plusieurs reprises au cours de leur entrevue.

« Le médecin ne parle pas du tout français, il m'a expliqué tout ça en anglais. J'ai eu la chance d'avoir le médecin des soins intensifs. Je lui ai demandé «Est-ce que vous parlez français? » Il m'a dit «Oui», «Est-ce que je peux vous répéter qu'est-ce que le chirurgien vient de me dire, pour voir si j'ai bien compris ? » Je lui ai répété, il m'a dit «Oui madame, c'est exactement ça. » (Fm. 3,22)

« Au niveau de notre famille, on parle anglais. Mais pour d'autres familles c'est plus difficile, mais moi, non, ce n'est pas un problème. » (Fm. 3,27)

« Pour la communication avec le médecin c'est un petit peu plus difficile à cause de la langue. J'aurais aimé quand ils parlent de mon cas, qu'ils parlent en français. Pourtant si j'avais une question à poser, ils me parlaient en français, c'est là que je disais «Tu parles français, pourquoi tu ne discutes pas en français de mon cas en avant de moi ? » (Pt. 2,167)

« Quand j'étais aux soins intensifs, ils passaient vite, ils faisaient le tour de chaque cas [...] ils sont 5-6, puis ils parlent de tel cas, puis ils passent au suivant. » (Pt. 2,59)

« Ils me donnent autant de temps que je le désire, ils me donnent ce que j'ai besoin mais nous voyons que nous n'avons pas beaucoup de temps. » (Fm. 1,140)

« Ils m'expliquent tout, ils donnent beaucoup de temps, ils disent ce qu'il y a. » (Fm. 1,137)

Concernant les infirmières, deux patients et une famille déplorent qu'elles fassent peu d'enseignement, leur rôle consistant davantage à répondre aux questions. Les infirmières ne vont pas au devant des besoins des patients et de leur famille en matière d'explications.

« Je trouvais que les infirmières ne parlaient pas beaucoup. » (Pt. 4,84)

« Disons que l'infirmière va répondre à vos questions, si vous n'en posez pas, elle ne vous répondra pas. Bien sûr, l'infirmière va probablement répondre de façon générale mais mon expérience a fait que je demande des questions très précises et elles sont obligées de me répondre par rapport à ma question. » (Fm. 2,14)

« Il y a des infirmières qui n'expliquent pas autant que d'autres mais encore une fois si vous allez chercher, vous demandez l'information, si vous demandez la question, on va être obligé de vous répondre. Elles ont toujours été très claires avec moi. Quand je demande, on me répond. » (Fm. 2,32)

5.3.4 Organisation des soins

Des éléments défavorables et favorables à la communication sont exprimés tant par les patients que les familles. L'environnement physique, les structures et les protocoles des soins intensifs semblent jouer un rôle important dans la perception de la qualité puisque tous les patients et membres de famille ont abordé cette question.

5.3.4.1. Facteurs défavorables à la communication

Parmi les facteurs défavorables, une famille mentionne l'usage du téléphone à l'entrée à l'unité, tandis qu'une autre parle de l'interdiction de leur présence lors des tournées interdisciplinaires quotidiennes. Ces mesures établissent une barrière entre les professionnels et les familles qui peuvent alors percevoir ces interdictions comme des moyens utilisés par les professionnels pour leur cacher de l'information.

« Aux soins, c'est gentil, en général, on accepte que je sois présente à la tournée des médecins parce que finalement, ils ont dû comprendre que ça leur évitera de répéter. Alors je suis présente, j'écoute ce que le médecin en chef dit à ses étudiants et puis bon, ils m'informent par la même occasion de ce qu'ils vont faire, de ce qu'ils ne vont pas faire. C'est quoi leur souci, qu'est-ce qu'ils espèrent que ça va donner. » (Fm. 2,60)

Un questionnaire explique qu'une nouvelle culture tente d'être intégrée :

« Pendant, les tournées, c'est rendu que, les familles sont parfois là, des fois elles ne le sont pas. On a décidé d'assouplir nos idées là-dessus, on n'a pas un principe où la famille doit être là ou ne doit pas être là. Ça dépend de plusieurs facteurs, qui sont décidés sur place. [...] Avec l'infirmière au chevet, on se comprend pas mal. Si l'infirmière insiste pour que la famille soit là c'est parce qu'elle veut que le médecin dise quelque chose parce que [la famille] a passé la nuit à lui poser la même question et on le ressent ça. » (Gestio. 1,48)

Le changement de médecins à chaque semaine est également perçu comme un facteur nuisant au développement d'une relation de confiance par deux familles.

« Des fois en début de semaine, ce n'est pas évident pour le médecin qui est là [aux soins intensifs] de connaître le patient sept mois en arrière. » (Fm. 2,8)

Les communications téléphoniques entre les infirmières et les familles pourraient aussi être améliorées selon deux familles. Selon ces dernières, il arrive fréquemment que les infirmières ne puissent leur parler au téléphone et leur demandent de rappeler ultérieurement pour s'entendre à nouveau dire qu'elles sont toujours occupées.

« On m'a dit au tout début qu'on pouvait appeler n'importe quand. » (Fm. 5,156)

« Quand je téléphone de la maison, c'est « Rappelle dans vingt minutes, rappelles dans trente minutes. » Quelquefois ça pourrait être amélioré. » (Fm. 1,230)

« Quelquefois, j'ai de la difficulté la fin de semaine, quand je téléphone. Ils me disent toujours de rappeler. Je finis donc par venir ici. » (Traduction libre de l'anglais, Fm. 1,236)

« Ça faisait cinq fois que j'appelais puis elle me disait encore «Bien là, [l'infirmière] ne peut pas vous parler, elle est avec un autre patient» [...] Mais c'était la seule fois où j'ai appelé cinq fois. » (Fm. 5,158)

Une infirmière avoue qu'elle ne parle pas toujours aux familles lorsqu'elles appellent, surtout si elle s'affaire à faire autre chose.

« Quand les familles appellent, à moins que je sois vraiment occupé, je prends le temps de répondre au téléphone. Je leur demande qui ils sont par rapport au patient puis habituellement on essaie de donner quand même... Je sais qu'on essaie de garder la confidentialité, mais on connaît quand même bien les familles, les patients des fois sont hospitalisés longtemps, ça fait qu'on leur dit que ça va bien et qu'est-ce qui va arriver durant la journée. » (Inf. 1,12)

La qualité du service hôtelier de l'hôpital a également été soulignée par un patient et trois familles. Même si les entrevues n'abordaient pas ce sujet, les participants ont ressenti le besoin de parler de l'unité et de la salle de repos pour les familles trop bruyante, de l'inconfort de devoir utiliser une chaise d'aisance, de la température ambiante, du manque de stationnement et de son prix exorbitant. Ceci représente une quantité d'éléments hétéroclites qui ont une grande importance aux yeux des participants.

5.3.4.2 Facteurs favorables à la communication

Les patients ont expliqué que la présence continue des professionnels est une structure favorisant la communication, car elle favorise la continuité des soins et un meilleur encadrement par les infirmières.

« Je me souviens que le résident à qui je parlais était toujours présent. » (Pt. 4,56)

Selon une famille, l'infirmière support favorise la communication parce qu'elle explique, vulgarise, répond aux questions et passe du temps avec les familles qui font face à des difficultés.

« Lorsque j'ai eu besoin, il y a eu [l'infirmière support à la famille] qui s'est occupée de moi tout de suite. Puis ça c'est quelque chose que j'apprécie énormément, qu'il y ait une infirmière qui aide la famille. » (Fm. 3,20)

Bref, lorsqu'on demande au patient et sa famille leur évaluation de la communication, ils répondent d'emblée qu'ils sont très satisfaits. Cependant, lorsqu'on demande quelques questions en profondeur, on remarque qu'ils ont des besoins psychologiques particuliers et qu'ils veulent être écoutés, soutenus, pouvoir poser leurs questions et obtenir des informations bien vulgarisées. De toute évidence, la présence de la famille est essentielle pour les participants.

Chapitre 6 : Discussion

Dans la section suivante, les résultats sont comparés à la littérature afin d'évaluer si le caractère unique de la collaboration du milieu ou si de mêmes notions sont retrouvées dans d'autres centres.

La collaboration médecins-infirmières est principalement étudiée à l'aide du modèle théorique de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997) ainsi que D'Amour et Oandasan (2004). Ce modèle propose d'«analyser le degré d'organisation d'un système d'action concret» (D'Amour, 1997).

La communication entre professionnels-patients et professionnels-famille est regardée suite à l'analyse réalisée sur de la collaboration ce qui permet de reprendre les sujets récurrents et de les exploiter en profondeur.

Dans la prochaine section, le modèle présenté (cf figure 2) au chapitre 2 est expliqué en détail. Il ne s'agit pas d'un modèle prédictif mais son utilisation favorise la compréhension des thèmes les plus abordée par les professionnels, les patients et les familles ainsi que l'impact de la collaboration interprofessionnelle sur la communication entre professionnels-patients et professionnels-famille. L'ensemble de ces éléments ont été évoqués à de multiples reprises et sont expliqués par catégorie dans la prochaine section.

6.1 Le patient et sa famille

Dans le schéma, le patient au centre de la collaboration est entouré de sa famille. Aux soins intensifs où le patient peut lui-même rarement prendre les décisions qui s'imposent, la famille joue un rôle primordial. Elle doit guider les professionnels afin qu'ils prennent les décisions et le choix de traitements en fonction des valeurs et des croyances du patient.

Aux soins intensifs, le patient est souvent sous l'influence de facteurs intra personnels qui limitent bien souvent sa collaboration avec les professionnels. Ces facteurs incluent la vulnérabilité psychologique, la douleur ou la maladie (Howe, 2006). Lors de l'étude, les besoins uniques des patients ont été identifiés. Ils sont surtout physiques et concernent le

confort. La famille devient alors l'interlocuteur de référence pour l'équipe de soins tout en balisant les limites grâce au modèle orienté uniquement vers le patient.

Patients et familles ont d'ailleurs plusieurs besoins en commun. Ils veulent être informés, poser des questions et être soignés par des professionnels compétents possédant des qualités interpersonnelles et des habiletés de communication. Lorsque les professionnels désirent centrer les soins sur le patient, ils se doivent de respecter tous ces éléments essentiels concernant la famille (Lambert et al.1997). Patients et familles désirent rencontrer des professionnels à l'écoute de leurs impressions, leurs croyances et leurs valeurs. Il est primordial que patients et familles unissent leur voix afin de soumettre aux professionnels de santé un portrait de leurs valeurs, leurs croyances et leurs désirs. Dans un modèle théorique centré sur le patient, travailler avec ses valeurs et croyances permet de dresser un portrait de ses désirs au sujet de sa vie et de sa vision de la situation (McCance, 2006). Dans une étude d'Attree (2001), les soins de bonne qualité selon les patients et leur famille sont en lien avec leurs besoins.

Les familles ont malgré tout des besoins différents. Elles veulent être soutenues sur le plan émotif et être près du patient. Effectivement, selon Henneman et Cardin (2002), les principaux besoins des familles aux soins intensifs sont d'être informées, rassurées, d'avoir de l'aide et d'être avec le patient.

Plusieurs résultats sont attendus lors de l'utilisation d'un modèle de soins centré sur le patient, tels l'implication du patient dans les soins, le sentiment de bien-être et un environnement où la prise de décision est partagée entre les professionnels et le patient (McCormack et McCance, 2006). Dans notre étude, patients et familles ont plutôt insisté sur l'effet tranquillisant d'une bonne communication avec les professionnels. L'utilisation de bonnes techniques de communication entre les deux parties favoriseraient donc un meilleur soutien psychologique.

Indépendamment du modèle impliquant la collaboration interdisciplinaire, la question de la place du patient est pratiquement toujours abordée (D'Amour et al. 2005). Suite à l'analyse réalisée avec le modèle de D'Amour (1997), le patient est davantage un agent extérieur agissant comme régulateur de la collaboration interprofessionnelle. Bien que presque toutes les équipes en santé aient comme objectif le mieux-être du patient, tel que dans notre

recherche, le patient n'est pas souvent informé de cette pratique de collaboration et peut voir l'équipe comme une source de division et une barrière entre lui et le médecin ou l'infirmière.

6.2 Médecins et infirmières

La question de la compétence est abordée par tant les professionnels que les patients, et leur famille lors des entrevues. Les patients et leur famille s'attendent à ce que les professionnels fassent preuves de compétence et professionnalisme. McCormack et McCabe (2004), obtiennent des résultats semblables lorsqu'elles créent le modèle de soins infirmiers centré sur le patient. Les infirmières se doivent d'avoir les connaissances et les habiletés requises afin d'offrir des soins de la meilleure qualité possible. Malheureusement, l'étude considérait uniquement la vision des patients face aux infirmières et ne prenait pas en compte la relation médecins-patients. Sitzia et Wood (1997) ont également retrouvé dans quelques études la compétence des professionnels comme élément important pour la satisfaction des patients et de leur famille.

La compétence est également un des éléments clé de la relation de confiance entre les professionnels. Ce phénomène peut être expliqué par le modèle de Mayer, Davis et Schoorman (1995). Ils résument que la confiance réfère à un parti prêt à se rendre vulnérable face aux actions d'un autre, basé sur l'attente que ce parti exécutera une tâche importante pour lui. Ils mentionnent également l'importance de la compétence, dans un domaine spécifique. D'Amour (1997) explique que :

« En général, les professionnels estiment qu'être plus solides dans sa profession, permet d'être en meilleure position pour collaborer avec les autres professionnels. »
(p. 127).

Effectivement, les infirmières ont l'impression que les résidents ne sont pas compétents ce qui nuit au fondement de la relation de confiance. Ce même processus peut s'appliquer aux infirmières du département. La notion de confiance est revenue à quelques reprises lors des entrevues. Médecins et infirmières se portent une confiance mutuelle. Cependant, les médecins font davantage confiance aux infirmières seniors et les infirmières font moins confiance aux résidents. Les infirmières expérimentées étant habituellement plus compétentes, les médecins ont tendance à leur faire davantage confiance. Elles se sentent confiantes dans la collaboration qu'elles ont avec les médecins. Pour cette même raison, ces infirmières ont plus de facilité à collaborer avec les autres professionnels. C'est peut-être pour cette même raison

que les infirmières juniors ne collaborent pas aussi bien avec les médecins. Étant donné qu'elles sont parfois incertaines face à leur profession, elles sont plus hésitantes à s'impliquer au sein du groupe.

Selon D'Amour (1997), les professionnels accordent une grande importance à la relation de confiance pour plusieurs raisons :

« D'abord ce sont des équipes où existent beaucoup d'incertitudes, incertitudes inhérentes à la complexité de la situation des clients, à la disponibilité de leur réseau social, à l'échange entre les professionnels. Deuxièmement, il s'agit d'équipes plus ou moins autonomes qui régulent elles-mêmes une partie de leurs échanges. Troisièmement, la nature des échanges demande un investissement affectif. » (p. 203)

Pour cette raison, une unité de soins intensifs est peut-être un endroit propice à la confiance. Elle vise une population où le pronostic de vie est incertain et l'angoisse ressentie par les proches est intense. Bien entendu, côtoyer les frontières de la mort quotidiennement, oblige les professionnels à se remettre en question et à s'investir émotionnellement.

6.3 Autres professionnels et personnel de soutien

Médecins et infirmières se doivent de travailler en équipe avec tout le personnel de l'unité. La culture doit favoriser l'implication des autres professionnels dans la prise de décisions. L'équipe doit incorporer les professionnels ainsi que les para professionnels (Purden, 2005). Diététiciennes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens, travailleurs sociaux doivent se réunir et avoir la possibilité de discuter. De plus, préposés, secrétaires, bénévoles et même entretien ménager jouent un rôle prédominant dans l'accueil des patients et des familles. Bien qu'ils ne fassent pas partie de l'équipe médicale, ils peuvent favoriser un sentiment de bien-être et d'intégration chez le patient et sa famille. Sitzia et Wood (1997) explique l'importance de l'environnement physique et ces résultats coïncident avec les résultats de l'étude. Ils sont des personnes ressources qui ont un impact sur le degré de satisfaction des patients et de leur famille. Même s'ils ne sont souvent pas directement inclus dans la dyade professionnels-utilisateurs, ils peuvent être des pré-requis afin de favoriser la communication. L'utilisation de leur qualité interpersonnelle de communication telle l'humour, pourrait favoriser ces éléments. Les préposés peuvent entre autres veiller et faciliter au confort des patients et de leur famille afin que lors du moment venu de la discussion, ils soient aptes à le faire et ne pensent pas uniquement à leurs besoins primaires parce qu'ils sont inconfortables.

6.4 L'échange d'information

La possibilité d'avoir une discussion ouverte et transparente avec les professionnels est un critère important tant pour les patients que les familles. McCabe a également obtenu les mêmes résultats lors d'entrevues avec des patients. Les participants souhaitent être capables d'avoir une communication ouverte et honnête avec les infirmières. Dans une autre étude d'Attree (2001), les patients désiraient être informés des changements et avoir une communication ouverte avec les professionnels. Une communication ouverte et directe avec les médecins et l'obtention d'explications fournies par les infirmières possédant des connaissances permet aux familles de combler leurs besoins d'information (Maxwell, Stuenkel et Saylor, 2007).

Sitzia et Wood (1997) expliquent que le droit des patients d'être informé est l'élément de motivation le plus important afin de favoriser le transfert d'information des professionnels vers les patients et leur famille. En 2000, Hupcey se questionna sur les besoins des patients; il a pu observer l'importance pour les patients d'être mis au courant et de comprendre leur situation. Il a remarqué que les patients qui ne comprennent pas leur situation, sont plus propices à refuser les traitements et à lutter contre les professionnels. Dans notre étude, une situation similaire n'a pas été évoquée par les patients mais plutôt par les familles. Une famille a commencé à lutter contre les professionnels parce qu'elle ne comprenait pas la situation physiopathologique du patient.

Lors des entrevues, deux familles ont dit qu'elles voyaient les changements dans l'état de santé du patient avant les professionnels. Comment pourrait-on améliorer la communication pour pouvoir prévenir des effets secondaires? Bref, comment pourrait-on les intégrer à l'équipe pour que cette information soit partagée avec les professionnels de la santé ?

La personne favorisant la communication entre les professionnels et les familles est l'infirmière support à la famille. Pour certaines familles, la maladie d'un de leurs proches demande un support plus intensif de la part du personnel (Henneman et Cardin, 2002). Ce sont dans ces moments que l'infirmière support à la famille intervient, les appuyant, leur fournissant les explications dont ils ont besoin en les aidant à formuler leurs valeurs, leurs besoins et leurs désirs. De plus, elle permet au patient et à sa famille de faciliter l'expression

de leurs valeurs aux professionnels afin d'en dégager des valeurs communes et une communication avec les différents acteurs.

Les résultats de la recherche démontrent que l'échange de connaissances entre médecins-infirmières est plus grand qu'entre résidents-infirmières. Ces résultats se différencient de ceux de l'étude menée par D'Amour (1997) qui concluait que les professionnels étaient peu ouverts au partage de zones communes et de responsabilités (p. 208). Ces différences sont peut-être secondaires ou, du moins en partie, liées au fait que les deux premières étapes de la prise de conscience sont plus développées chez les participants de l'étude. Le partage des connaissances implique également certaines zones grises dans la pratique clinique. Hunter, Brace, Buckley (1993) expliquent l'importance de conserver des zones grises lors de la définition des rôles. Les soins interdisciplinaires demandent de la confiance, de la tolérance et le désir de partager certaines responsabilités (Nolan, 1995).

Médecins et infirmières d'expérience ont généralement atteint des niveaux plus élevés de connaissances et de confiance mutuelle que les résidents et les infirmières juniors. Ceci implique que les professionnels possédant plus d'expérience sont davantage prêts à échanger de l'information. Ce partage d'information permet la diffusion des connaissances et l'optimisation des traitements du patient. La collaboration est un processus complexe qui requiert l'intention du partage des connaissances et la responsabilité des soins du patient (Lindeke et Sieckert, 2005). En effet, la collaboration interdisciplinaire est significative dans la promotion de l'utilisation de la recherche à l'urgence, spécialement pour les médecins (Hansen et al. 1999).

6.4.1 Différence entre la communication des médecins versus des infirmières

Quelques d'études ont analysé la différence entre la communication qu'offrent les médecins et les infirmières. Attree (2001) rapporte que les patients et leur famille ont l'impression de répéter plusieurs fois leur histoire, surtout aux médecins. Dans notre étude, patients et familles ont fait la même constatation. La connaissance de l'histoire médicale des patients par les médecins est pourtant un des critères de la qualité des soins (Flocke, Miller et Crabtree 2002). Ces chercheurs ont conclu à une forte corrélation entre un style de communication centrée sur le patient et une plus grande satisfaction de ceux-ci. Les médecins utilisant cette approche passeraient plus de temps avec leurs patients.

Patients et familles apprécient les professionnels disponibles et accessibles, leur offrant du temps (Attree, 2001). Dans une autre étude, cette fois menée par McCabe (2004), les participants ont mentionné l'importance du temps qu'accordaient les infirmières aux patients. Les infirmières semblent être davantage capables de répondre à cette demande que les médecins. Patients et familles parlent plus du manque de temps des médecins. Ces résultats coïncident avec ceux obtenus avec notre recherche.

Les familles s'attendent à ce que les infirmières les renseignent sur l'état général du patient et son bien-être tels les signes vitaux, son confort et son sommeil. Les infirmières devraient évaluer davantage les besoins des patients et être attentives à l'information fournie par les autres professionnels afin d'être en mesure de clarifier l'information et répondre aux questions (Henneman et Cardin, 2002).

Lors de notre étude, selon certains patients et familles, les infirmières concentrent la transmission de l'information en répondant aux questions. Malgré tout, patients et familles sont généralement très satisfaits de la communication qu'ils ont avec les infirmières. Parallèlement, les infirmières qui laisseraient la possibilité aux familles de poser leurs questions et y répondre leur redonnerait de l'assurance (Maxwell, Stuenkel et Saylor, 2007). Peut-être qu'offrir de poser des questions aux patients et à leur famille leur donnerait un sentiment de pouvoir et augmenterait le degré de satisfaction.

6.5 Les facteurs interactionnels

Les professionnels doivent développer des facteurs interactionnels : le partage des objectifs, d'une vision ainsi que le développement du sentiment d'appartenance entre eux (D'Amour et Oandasan, 2005). Il est difficile d'imaginer une équipe ne répondant à ces critères et désirant intégrer d'autres membres. Médecins et infirmières doivent donc établir ces balises avant l'intégration d'autres professionnels, des patients et de leur famille. Le partage des buts communs et la manière dont les professionnels agissent autour de ces derniers, doivent s'articuler avec le patient. Évidemment, tous les professionnels sont formés afin de valoriser le patient et ont raison d'être fiers de leurs efforts de soigner dans l'optique du « meilleur intérêt pour le patient » (Howe, 2006). Une approche centrée sur le patient se démarque lorsque l'équipe a pour objectif le patient en reconnaissant également les intérêts et l'asymétrie du pouvoir de chaque intervenant (D'Amour et Oandasan, 2005).

6.5.1 Partage des buts et d'une vision

La finalisation de la régulation représente les objectifs communs aux médecins et aux infirmières. Cette dimension transige autour des buts formulés par les groupes de professionnels et par l'articulation des mécanismes de régulation autour de ceux-ci (D'Amour, 1997). En 2008, D'Amour et al. précisent l'importance d'avoir des buts communs ainsi que la capacité de l'équipe de les approprier. Chaque membre de l'équipe doit posséder des connaissances sur les motivations et les attentes des autres sur la collaboration. Les organisations des Centres hospitaliers, possédant des buts intangibles, telle la santé, sont davantage empreintes de valeurs plutôt que d'instruments tangibles afin d'atteindre leurs buts. Ces valeurs procurent des avantages puisque leur signification est variable, selon la personne les interprétant. Cependant, l'interprétation littérale, de buts intangibles peut mener à des malentendus (Warner et Havens, 1957).

La démarche d'intégration des résultats compare les objectifs aux résultats obtenus lors de collaboration. Au cours des entrevues, les objectifs communs aux médecins et infirmières sont l'atmosphère de travail, le respect et la bonne communication. Les professionnels de l'unité ont donc établi leurs propres objectifs. Contrairement à l'étude D'Amour (1997) et Échaquan (2004), les médecins et infirmières participant à l'étude, expriment une vision semblable de la collaboration. Ils ont les mêmes buts et obtiennent ainsi plus facilement des résultats se rapprochant de ces derniers. Selon D'Amour (1997), cela implique que :

« Plus les acteurs souscrivent aux finalités de ce système d'action, plus ils sont prêts à faire des compromis pour arriver à une coopération la moins conflictuelle possible qui produit les meilleurs résultats. » (p. 189)

Bien que les buts énoncés par les professionnels de l'unité semblent différents de ceux des autres unités, ces buts sont cohérents avec ceux du Centre hospitalier. Effectivement, dans une organisation de service de santé, les buts sont en relation avec une tâche donnée (Hasenfeld et English, 1974). Dans un environnement instable comme les soins intensifs, où le but ultime est la survie du patient, les objectifs de la collaboration ne devraient-ils pas être plus évidents pour les professionnels comparativement à des unités moins aiguës? Ces mêmes auteurs expliquent que chaque organisation définit ses propres objectifs par rapport à ce qui devrait être fait pour ses clients sur la base de valeurs particulières. Si on présume que médecins et infirmières ont comme valeur commune le patient, les objectifs sont alors plus faciles à définir. D'ailleurs, ces auteurs donnent l'exemple des Centres hospitaliers généraux qui sont plus enclins à obtenir un consensus général que les hôpitaux psychiatriques (Hasenfeld et

English, 1974). Cette analogie pourrait alors s'appliquer aux soins intensifs où il pourrait être plus facile d'établir des objectifs communs que dans d'autres services moins spécialisés.

Des zones grises lors de la division des responsabilités ont été exprimées lors des entrevues. Lorsque les professionnels comprennent le travail de l'autre et s'entendent sur une zone où ils travaillent conjointement, la finalisation prend toute son ampleur. Cependant, puisque les participants à l'étude n'ont pas une connaissance complète de leur territoire respectif, les zones grises varient d'un professionnel à l'autre. Cette situation peut alors engendrer des conflits. Effectivement, selon Eymard-Durvernay et Marchal (1994),

« Les recherches sociales s'attachent de plus en plus à l'analyse de la coordination des actions en adoptant une posture intermédiaire entre individualisme et holisme. Dans un cadre individualiste, il est très difficile de rendre compte d'actions communes, sauf à adopter des hypothèses irréalistes sur la rationalité des individus. Supposer à contrario que les individus sont mus par des règles générales qui assurent la coordination, fait basculer dans une conception trop mécaniste des relations, impropre à rendre compte des dynamiques d'actions. » (p. 5)

C'est possiblement cette deuxième hypothèse qui s'applique aux professionnels de l'étude. En s'identifiant à des règles générales dictées par la culture de l'unité, il est plus difficile d'évaluer précisément les dynamiques d'action. Ceci rendrait compte de l'importance de la culture organisationnelle. Les professionnels d'expérience conditionnés par la culture inculquée offrent une image qui est davantage celle de la culture que des réelles dynamiques entourant leurs mécanismes de collaboration.

Cette situation entraîne également des résultats différents des études réalisées sur la collaboration par D'Amour (1997) et Échaquan (2004). Puisque les professionnels de l'unité ne définissent pas de limites et ont un objectif commun déterminé par leur culture, ils seraient peut-être moins portés à adhérer aux finalités de leur groupe professionnel. Médecins et infirmières seraient-ils davantage prêts à concéder leur territoire professionnel lorsqu'ils font face constamment au concept de vie et de mort? Cependant, il ne faut pas oublier que selon D'Amour (1997) :

«...l'adhésion inconditionnelle aux finalités de l'organisation et la cohésion dans l'équipe interprofessionnelle revêt un caractère utopique. » (p. 198)

Les objectifs qui diffèrent entre médecins et infirmières sont davantage au niveau de la gestion de la douleur et de la sédation. L'infirmière désire soulager le patient et le médecin désire éviter de masquer des symptômes ou donner trop de médication qui pourrait ralentir le

processus de soins. Puisque leur objectif initial est différent, les professionnels sont moins prêts à sacrifier des éléments pour atteindre un consensus. Ces objectifs concernent davantage le confort du patient et ils sont beaucoup plus subjectifs, ils relèvent principalement des valeurs et des buts personnels que des objectifs communs. Cette mésentente pourrait également relever de l'école de pensée inculquée par la profession respective. Malgré les connaissances des médecins face au soulagement de la douleur, ils croient moins au soulagement de la douleur que les infirmières (Porter et al. 1997 et Furstenberg et al. 1998)

Étant donné que l'ultime objectif commun est le patient, les professionnels transigent afin d'atteindre celui-ci. Ce qui diffère ce sont les moyens utilisés afin d'y parvenir. Les participants de l'étude ont, en général, une conception de la façon dont l'autre groupe de professionnels utilise les ressources pour y accéder. Il ne faut pas oublier que la division du travail et, par conséquent, les moyens d'arriver aux objectifs communs diffèrent selon le groupe de professionnel. Cette division du travail permet l'accroissement des habiletés des individus, l'épargne de temps et par conséquent, maximise les soins (Chanlat et Séguin, 1987). La collaboration peut donc s'articuler autour des buts de l'hôpital et de façon plus négligeable, dans la manière dont les professionnels travaillent pour y arriver.

La perception des médecins et des infirmières varie selon plusieurs aspects, incluant l'extension avec laquelle la collaboration est incorporée dans le processus décisionnel, la communication interprofessionnelle, la qualité des interactions et la compréhension respective des zones de responsabilités comprenant les objectifs pour le patient (Larson, 1999). Les raisons de ces différences ont été attribuées au sexe, aux origines historiques, aux disparités socio-économiques, à l'éducation et à la socialisation différentes pour les deux professions (Larson, 1999). Le milieu présente par ailleurs plusieurs de ces particularités. Les médecins sont en grande majorité des hommes et les infirmières des femmes. L'échantillon étant représentatif de cette division de genre, les visions de la collaboration de cette unité peuvent être influencées par celui-ci.

6.5.2 Sens d'appartenance

La prise de conscience et l'intériorisation représente la connaissance des limites professionnelles sur deux plans. Il doit y avoir une évaluation des mécanismes de régulation afin de comprendre leurs impacts sur la collaboration ou la non-collaboration (D'Amour, 1997). Cette première étape est abordée dans la finalisation tandis que, le second plan est

discuté en détail dans cette section. C'est «la prise de conscience de l'interconnaissance des acteurs et du degré d'information dont ils disposent les uns sur les autres» (D'Amour, 1997). Plus le degré de la connaissance les uns, les autres, est élevé, plus les professionnels possèdent de l'information, ce qui permet d'obtenir un niveau de confiance élevé. Lorsque les partenaires acquièrent un niveau de confiance suffisamment haut, ils en viennent à partager l'information et leurs connaissances, ce qui engendre une production de connaissances (D'Amour, 1997). Ce continuum réfère à la capacité des professionnels à comprendre leur interdépendance et à l'importance de bien la gérer. Ces comportements se traduisent par le sens de l'appartenance, la connaissance des valeurs et de la profession des autres et la confiance mutuelle (D'Amour et al. 2008).

La conscience et l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle sont également des processus devant débiter entre médecins et infirmières avant d'envisager d'inclure d'autres membres à l'équipe. Les membres du personnel doivent se connaître personnellement et professionnellement afin de bâtir une relation de confiance. Pour se connaître mutuellement professionnellement, ils doivent être familiers avec les modèles conceptuels, les rôles et responsabilités de chacun (D'Amour et Oandasan, 2005).

À l'analyse des entrevues, les deux groupes d'acteurs semblent avoir tissé des liens. Les participants ont par ailleurs exprimé spontanément qu'une des raisons de la collaboration est le haut niveau d'interconnaissance. Cependant, le phénomène est différent avec les résidents et les nouvelles infirmières. Ce déficit d'interconnaissance entre résidents et infirmières peut être lié à leur rotation mensuelle. Résidents et infirmières n'ont en effet qu'un court laps de temps afin d'atteindre un certain degré d'information les uns sur les autres. Les nouvelles infirmières font face à la même problématique. Ce manque de connaissance mutuelle pourrait être expliqué par le manque d'introspection personnelle et à la difficulté de poser un regard critique sur la profession chez les jeunes professionnels. Cette dimension de la collaboration étant interrompue dès le départ, une relation de confiance ne peut s'établir.

Une étude d'Aston et al. (2005) sur les effets de l'implantation de tournées interdisciplinaires quotidiennes aux soins intensifs a conclu à une amélioration au niveau du processus d'interconnaissance. Ils ont observé que celles-ci donnaient la possibilité aux professionnels d'apprendre les uns des autres, et souligné que les discussions menaient à une meilleure compréhension des priorités et des attentes des différentes professions. De plus, en se

connaissant mieux, le comportement des professionnels se traduit par un plus grand engagement et une familiarité envers les membres de l'équipe. Bien que les participants n'aient pas mentionné cet aspect des tournées, leur collégialité laisse croire que ces rencontres quotidiennes aient eu un rôle à y jouer.

6.5.3 Qualités interpersonnelles

Les patients et les familles ont parlé de l'importance de créer une relation avec les professionnels. La personnalité du professionnel semble jouer un rôle important dans la création d'une relation tant avec le patient que sa famille. Dans le modèle théorique centré sur le patient, plusieurs pré-requis sont nécessaires chez l'infirmière afin d'établir une bonne communication (McCormack et McCabe, 2006). L'infirmière se doit de posséder des compétences interpersonnelles, être dévouée, compétente, consciente de ses propres valeurs et comment elle peut influencer la prise de décision chez les patients. Ici, les trois premiers éléments ont été abordés par les patients et leur famille et les deux derniers par les médecins et infirmières. Un médecin insistait même sur l'importance d'être conscient de ses propres valeurs et de la difficulté qu'ont certains professionnels à les gérer.

Dans une autre étude qualitative menée par McCabe (2004), les patients ont également mentionné l'importance de leur relation amicale avec les infirmières. La chercheuse met l'accent qu'accordent les patients à l'empathie que les infirmières démontrent. Ils désirent voir des infirmières sympathiques, compréhensives et rassurantes. Bien que cette étude ne pose pas un regard sur ce que les patients attendent des médecins, les patients semblent s'attendre aux mêmes qualités chez ceux-ci. La différence majeure notée par les patients et les familles est que les infirmières semblent davantage posséder ces éléments de personnalité afin d'entrer en relation avec les patients.

Dans l'étude d'Attree (2001), les infirmières, démontrant de l'empathie et de la sensibilité, sont appréciées par les patients et leur famille. Effectivement, dans la revue de littérature menée par Sitzia et Wood (1997), les qualités interpersonnelles et la façon dont les infirmières interagissent avec les patients est très importante. Cet aspect est l'une des principales composantes de la satisfaction des utilisateurs du système de santé. Des qualités telles le respect, la courtoisie et la gentillesse sont primordiales.

6.5.4 Habileté de communication

Les capacités de communication du professionnel telles, l'écoute, la réceptivité et l'utilisation de l'humour sont des notions importantes pour patients et familles. Ces thèmes coïncident avec ceux obtenus par McCabe (2004). L'auteure explique que l'utilisation de l'humour remplit une fonction sociale qui apaise les participants en leur permettant de passer du bon temps. Cet impact est également mentionné par les patients et les familles de notre étude. En 2001, Attree signale que les patients désirent voir des professionnels qui sont capables de les écouter. Afin de favoriser la communication entre les professionnels, les patients et leur famille, les professionnels devraient maîtriser les habiletés de communication tant verbale que non verbale (Sitzia et Wood, 1997).

Les participants de l'étude ont davantage parlé du manque de communication des médecins que des infirmières. Cette situation ne représenterait-elle pas la différence entre la formation des médecins et des infirmières? La formation des médecins est davantage orientée vers la pathologie et les traitements. De plus, le domaine médical est très compétitif et demande une grande performance de la part des étudiants, ce qui laisse beaucoup moins de temps au développement des habiletés interpersonnelles. Les infirmières suivent un programme comprenant beaucoup moins d'heures de cours, orienté vers les habiletés de communication, elles ont alors plus de temps pour développer celles-ci.

6.6 Facteurs organisationnels

L'étude de McCormack et McCance (2006) explique l'importance de la structure organisationnelle dans une pratique de soins infirmiers centrée sur le patient. Ils retiennent des éléments semblables à ceux expliqués par les patients et leur famille de notre étude. Les auteurs mentionnent des éléments tels : les habiletés appropriées, une relation entre le personnel efficace, un système organisationnel favorisant le partage du pouvoir ainsi que la possibilité d'innovation et la prise de risques. Les participants ont utilisé un vocabulaire différent mais ont tout de même abordé certains de ces sujets même s'ils ne les ont pas associés à des structures permettant la communication.

L'organisation des soins jouent un rôle prédominant dans les soins de santé. Elle favorise non seulement la collaboration entre les professionnels mais également la communication avec les patients et les familles.

6.6.1 Structures des soins

La formalisation de la collaboration interprofessionnelle représente les règles de conduites favorisant la collaboration. Par le biais de structures, de procédures et de descriptions de tâches, ces règles tentent de régulariser et de stabiliser l'action (D'Amour 1997). Cette dimension trouve son importance lorsque ces règles sont intégrées et utilisées par les professionnels comme ressource dans les négociations (D'Amour, 1997). Elle clarifie les attentes et les responsabilités de chaque professionnel (D'Amour, 2005).

Cette recherche démontre l'existence de peu de règles officielles favorisant la collaboration interprofessionnelle. La coordination de l'intervention clinique est davantage orientée vers la philosophie et la culture du Centre hospitalier. Les règles informelles entourant les structures permettent en quelque sorte de développer un langage commun, un dénominateur, pour tous les médecins et les infirmières. Elles favorisent également la communication tant entre les professionnels mais également avec patients et familles. Même si les règles non-écrites de la culture organisationnelle orientent cette unité, celles-ci offrent un grand pouvoir de négociation entre les membres par son haut niveau d'intériorisation. Selon le sociologue G. Rocher (1969), la culture se définit par :

«...un ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte. » (p.109)

Cette culture peut être utilisée afin de guider les gestionnaires et, si elle est bien maîtrisée, assure le succès et la performance de l'organisation (Chanlat et Séguin, 1987). C'est donc cet outil, composé de règles informelles, que les gestionnaires utilisent afin de promouvoir la collaboration dans l'unité.

Les règles informelles et souples de l'unité permettent un engagement personnel et volontaire des participants, ce qui leur offre un certain confort et leur évitent de se voir imposer des règles. Chez les professionnels, la satisfaction d'être présent est plus élevée puisqu'ils ne sont pas obligés de participer. Dans cette étude, on peut voir que les multiples règles informelles imposées par la culture offrent des outils aux professionnels qui leur permettent d'imposer la collaboration aux nouveaux membres réticents.

Il existe quelques structures formelles importantes dont le dossier commun. Tous les différents professionnels y écrivent leurs notes. Toutefois, selon les professionnels interrogés, aucun document écrit relatif à la promotion de la collaboration médecins-infirmières n'est présent dans l'hôpital.

Au sein de l'unité, plusieurs structures ont été bâties autour de règles informelles afin de promouvoir la collaboration. Outre que la philosophie, il y a les téléphones portables, la présence des médecins 24 heures sur 24, l'infirmière support aux familles, les tournées interdisciplinaires quotidiennes et hebdomadaires. Ces structures accessibles sont utilisées par les professionnels et facilitent les échanges entre les différents partenaires. Ces mécanismes de coordination favorisent également la continuité des soins. Celle-ci augmente la satisfaction des patients et de leur famille (Sitzia et Wood, 1997). Dans notre étude, patient et famille ont effectivement exprimé l'importance de la continuité des soins obtenus par la présence des médecins et infirmières 24 heures sur 24.

L'infirmière clinicienne spécialisée est l'un des véhicules de la collaboration. Sa description de tâches peut contribuer à la formalisation puisqu'elle établit le lien entre médecins et infirmières. Selon une étude menée par Vazirani et al. (2005), l'introduction d'une infirmière praticienne à chacune des équipes d'intervention, l'attribution d'un médecin particulier au patient et l'implantation de réunions multidisciplinaires hebdomadaires, améliorent la communication et la collaboration entre les professionnels.

La tournée interdisciplinaire quotidienne est l'une des structures les plus importantes. Les médecins doivent obligatoirement y assister, les infirmières n'y sont pas tenues. Selon l'étude de Halm et al. (2003), les tournées interdisciplinaires sont un mécanisme valable afin d'améliorer les résultats chez les patients et augmenter le professionnalisme chez les employés. Bien qu'un certain niveau de professionnalisme soit nécessaire à la coordination de l'intervention clinique, une limite s'impose. En effet, selon Abbott (1988), la vie professionnelle implique une compétition interprofessionnelle par le contrôle du savoir et des connaissances. Cependant, le partage des connaissances est nécessaire à la prise de conscience et l'intériorisation de la régulation, qui ont déjà été discutées.

La tournée interdisciplinaire hebdomadaire est un concept unique dans le système hospitalier. Bien qu'elle ne soit pas utilisée comme structure formelle de gestion pour régulariser les

conflits, les résultats portent vers une telle vocation. Il n'est pas nécessaire de faire passer la formalisation dans un cadre trop rigide. D'Amour (1997) explique :

« La collaboration qu'elle soit interprofessionnelle ou interpersonnelle, reste une question d'engagement affectif qui ne peut être forcé par des édits. Le danger d'une formalisation trop rigide est justement de diminuer cet engagement. Il semble inapproprié de formaliser la collaboration interprofessionnelle au-delà d'un certain seuil. » (p. 185)

Ces tournées sont importantes puisqu'elles permettent l'intégration et favorisent la création d'une démarche commune entre médecins et infirmières. Ces réunions peuvent également servir d'agent intégrateur utilisé par la gouvernance endogène lors de la gestion de conflits entre professionnels. Elle peut être utilisée pour discuter des problématiques face au patient et à sa famille. Notons ici que le patient et la famille ne sont pas intégrés directement dans cette démarche puisqu'ils ne participent pas aux rencontres; par conséquent, et ne s'agit pas d'un réel comité d'intégration de tous les acteurs du processus de soins.

La formalisation de la collaboration interprofessionnelle pourra alors être centrée sur les utilisateurs des soins intensifs. D'Amour (1997), explique :

« L'absence du client devient un élément paradoxal qui, non exprimé ou même inconscient, peut paralyser la concrétisation du travail interprofessionnel et empêcher les professionnels d'élaborer ensemble le plan d'intervention. La collaboration interprofessionnelle dans les processus cliniques n'a de sens que dans la mesure où c'est le client qui identifie la situation à corriger ainsi que les objectifs à atteindre pour que la situation redevienne satisfaisante ou acceptable pour lui-même ». (p. 188)

Il est important que les professionnels communiquent avec le patient et sa famille pour identifier les structures et processus à modifier. Sans collaboration et communication entre les professionnels, le patient et sa famille, il est difficile pour médecins et infirmières d'améliorer la formalisation de la collaboration interprofessionnelle. Lors de l'élaboration de protocoles, il faudrait inclure l'orientation centrée sur la famille afin que cette philosophie se traduise par des messages concrets pour les professionnels, le patient et la famille (Henneman et Cardin, 2002). Les orientations cliniques et les modalités d'interaction entre les différents acteurs pourront alors être dirigées vers les mêmes objectifs.

Un autre élément du processus de coordination intra-organisationnel est le pouvoir (Chanlat et Séguin, 1987). Les règles énoncées doivent éviter de créer des inégalités de pouvoir. Ainsi, il ne faut pas obliger un professionnel à présenter des décisions prises, en permettant à un autre

groupe de professionnels de critiquer sans pour autant être impliqué avec le patient (D'amour, 1997). Cet écueil est évité dans les principales structures de collaboration de l'unité puisque chaque groupe de professionnels qui est présent lors des rencontres est directement impliqué auprès du patient. Contrairement à l'étude D'Amour (1997), le pouvoir semble être réparti entre médecins et infirmières. Les infirmières semblent même avoir plus de pouvoir parce qu'elles sont très solidaires face aux médecins plus individualistes. Peut-être sommes-nous habitués au pouvoir basé sur la compétence, alors qu'ici, nous nous retrouvons avec un pouvoir basé sur la faiblesse organisationnelle d'un groupe dispersé par rapport à un autre. Les infirmières, très unies, réussissent ainsi à obtenir le pouvoir sur les médecins.

Puisque peu de règles formelles existent, il est difficile pour les professionnels de les intégrer et de les utiliser comme ressource dans les négociations. En 2001, Krairiksh et Anthony ont conclu à une amélioration dans toutes les phases de soins et de conditions de travail grâce à la collaboration médecins-infirmières. Les résultats de l'étude présentent des évidences sur la relation entre la structure organisationnelle, le processus organisationnel et le processus de soins. Une structure formelle peut ainsi contribuer à l'amélioration de la collaboration; son absence dans ce Centre engendre un manque d'outils officiels lors de la gestion de conflits. Ce manque ne semble pas se faire ressentir par les professionnels puisqu'aucun participant ne s'en soit plaint. Par contre, certaines règles formelles pourraient être bénéfiques au groupe de médecins qui semble être dispersé. Elles permettraient une meilleure gestion des conflits et une amélioration de la coordination de l'activité clinique.

6.6.2 Gouvernance

Les structures de soins permettent d'établir des règles afin de favoriser la collaboration entre les professionnels, les patients et leur famille. La gouvernance de l'unité et les règles entourant les relations interpersonnelles sont importantes lors de la gestion de problématique. La gouvernance englobe toutes les instances, plus ou moins officielles, ayant un pouvoir législatif sur les responsabilités partagées entre médecins et infirmières. Elle représente la délégation de la régulation qui est importante lors de la prise de décisions dans les Centres hospitaliers et dans tout le système de santé. La gouvernance offre une direction et un support aux professionnels lorsqu'ils implantent des pratiques innovatrices favorisant la collaboration interprofessionnelle ou inter organisationnelle (D'Amour, 2008). Une gouvernance doit s'effectuer à travers un leadership au niveau local (D'Amour et Oandasan, 2005). Elle peut

être endogène étant donné que certains acteurs agissent en tant que régulateur lors de conflits entre les professionnels à l'intérieur de l'établissement (D'Amour, 1997).

Le caractère endogène de la délégation met les gestionnaires au premier plan lors de la gestion de conflits. Les médecins sont encadrés par le médecin responsable et les infirmières se réfèrent à l'infirmière-chef. À la lumière des entrevues, les participants ont souligné la grande collaboration entre ces deux gestionnaires qui prennent les décisions de façon conjointe. Cependant, les gestionnaires n'ont qu'un pouvoir restreint sur les professionnels. Non seulement, les professionnels répondent mieux au support plutôt qu'à la supervision, mais certains vont jusqu'à dire que ce sont les médecins qui ont le pouvoir et que les gestionnaires sont à leur service (Minzberg, 1998).

Les administrateurs jouent un rôle clé afin d'assurer et de permettre une culture centrée sur la famille car ils favorisent la mise en place d'un tel modèle et valorisent les employés l'utilisant (Henneman et Cardin, 2002). Selon Eymard-Duvernay et Marchal (1994),

« Le caractère local des dispositifs ouvre des possibilités de rétablissement de l'accord par leur réaménagement. On ne cherche plus alors à dégager une solution juste en toute généralité, mais à mobiliser les acteurs dans une démarche commune. Lorsque les dispositifs ne peuvent être aménagés par les acteurs en situation, le rétablissement de l'accord procède par le recadrage des personnes. » (p. 16)

La gouvernance peut également être exogène puisque tous les systèmes d'actions organisées sont sous l'influence de tiers garant (D'Amour, 1997). Les principaux systèmes sociaux exogènes officiels, régularisant les professionnels sont : le Collège des Médecins, l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, et les différentes lois régissant le système de santé, par l'État et le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Un autre système exogène, plus indépendant, agit comme agent régulateur : le patient, la famille et la population. Dans l'étude, les professionnels considèrent le patient et sa famille comme garant des services mais extérieur à l'équipe. Cette vision est sous-entendue puisque le patient et sa famille ne font pas partie intégrante de l'équipe de collaboration. Ceci s'oppose à la vision où le patient et sa famille seraient au centre de l'équipe dans la formalisation de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997). Le patient n'exprime pas directement ses besoins et les éléments à corriger, cependant il fait une évaluation des moyens mis en place afin d'améliorer la situation.

Ceci pose alors certaines problématiques puisque les valeurs des professionnels et des patients sont très hétérogènes à cause du multiculturalisme du milieu. Effectivement, les organisations offrant des services humains doivent sans cesse négocier avec les objectifs personnels des patients qui diffèrent très souvent de ceux des professionnels. Il est difficile pour les professionnels d'intégrer leurs valeurs puisque les patients et les familles ne sont pas invités à prendre part à l'équipe. Ceci limite le patient et sa famille à un pouvoir uniquement exogène, ce qui réduit sa capacité d'action (Hasenfeld et English, 1974).

Avant que la collaboration entre les professionnels et les utilisateurs des soins intensifs puisse exister de façon harmonieuse, il faut que les deux groupes d'acteurs travaillent ensemble, partagent les mêmes visions. Dans un monde multiculturel, ils doivent prôner des valeurs telles l'ouverture, la compréhension et la réceptivité (Purden, 2005). Médecins et infirmières doivent unir leur voix et être capables de dresser un portrait similaire pour les patients et leur famille. Les habiletés de communication des professionnels sont alors mises à l'épreuve, ils doivent vulgariser la situation de santé du patient, les solutions envisageables et leurs impacts sur la vie de ce dernier. De même, ils doivent être à l'écoute des besoins, des sentiments, des préoccupations mais également des attentes des patients et de leur famille. Dans le cas où les attentes sont irréalistes ou inappropriées avec la réalité, ils doivent faire preuve de subtilité et de compréhension afin de leur expliquer. Ce qui implique que médecins, infirmières, patients et familles doivent travailler ensemble pour établir un plan de soins afin d'orienter leurs actions et donner un sens à leur collaboration.

6.6.3 Environnement physique

L'environnement agréable est un pré requis tant à la collaboration entre professionnels qu'à la communication entre eux, les patients et les familles. Il doit y avoir un endroit convivial, calme et disponible pour tous afin de favoriser la communication.

Lors de l'analyse des entrevues faites avec les familles, elles ont davantage discuté des structures nuisantes, telles; l'interdiction de leur présence durant la tournée, les heures de visites ou la difficulté de parler aux infirmières lorsqu'elles appellent à l'unité de soins intensifs. Des résultats semblables ont été obtenus par Maxwell, Stuenkel et Saylor (2007). Pour les familles, avoir la possibilité d'être près de la personne malade est très importante. C'est pour cette raison que des heures de visites flexibles, avoir la possibilité de dormir à

l'hôpital, obtenir des mises à jour de la part des professionnels, allez chercher les membres de la famille lorsque les visites sont permises sont des moyens permettant de combler ce besoin. Ces auteurs expliquent également qu'un autre besoin de la famille est le confort. C'est peut-être pour cette raison que même si la question de l'environnement et des structures physiques n'ont pas été abordées directement dans les entrevues avec les patients et les familles, c'est un sujet qui est revenu à plusieurs reprises. Un des moyens afin de répondre à ces besoins est d'avoir un endroit privé avec des téléphones publics (Maxwell, Stuenkel et Saylor (2007). Les patients et les familles doivent sentir qu'ils font parti de l'équipe et l'environnement doit laisser transparaître cette idéologie. Des heures de visites trop restrictives limitent la communication entre professionnels et familles. De plus, ces limites ont un impact sur la proximité entre patients et familles.

6.7 Comparaison des résultats avec les modèles présents dans la littérature

Les modèles de pratique existant jusqu'à maintenant s'intéressent principalement aux relations entre deux catégories de personnes : médecins-patients, infirmières-patients ou infirmières-familles. Malheureusement, dans le monde actuel des soins intensifs, il est difficile d'appliquer un modèle portant uniquement sur la relation entre professionnels et patients. Tous se doivent de travailler en équipe afin d'être capables d'établir des objectifs communs et de mettre en place les méthodes pour les réaliser. En donnant la possibilité à tous les acteurs de s'exprimer sur leur vision de la situation, il est plus facile d'orienter l'action et d'établir un plan de traitement en accord avec les valeurs du patient et de sa famille.

Une pratique de collaboration orientée sur le patient permet aux professionnels de travailler en équipe avec lui. Elle offre aux professionnels un outil qui reconnaît les buts et les valeurs des patients (Hebert, 2005). Un modèle centré sur le patient identifie sept dimensions afin d'orienter l'action des professionnels : respecter les valeurs, les préférences et les besoins du patient, assurer la continuité, coordonner et intégrer les soins, combler les besoins d'information, de communication et d'éducation, assurer un soutien émotif et impliquer la famille et les amis et (Lambert et al. 1997).

Un modèle centré sur la famille, tel le modèle McGill, permet d'utiliser le modèle centré sur le patient et de l'élever à un autre niveau parce qu'il reconnaît l'implication de la famille et laisse informer le patient que les membres de famille sont intégrés. Un tel modèle impose

l'abandon des vieilles règles vouées aux bienfaits de l'organisation et non ceux du patient et de sa famille. De plus, ces soins requièrent la collaboration de tous les intervenants, pas seulement des infirmières. Médecins, infirmières, travailleurs sociaux, diététiciens, de même que les secrétaires, les agents de sécurité, de l'entretien ménager et les bénévoles doivent travailler en équipe afin de répondre aux besoins du patient et de sa famille (Hennemen et Cardin, 2002). Ce modèle possède plusieurs avantages cependant ne délimite pas précisément quels sont les éléments de la collaboration interprofessionnelle qui doivent être considérés.

6.8 Recommandations

Les prochains paragraphes contiennent quelques suggestions afin d'améliorer la collaboration entre les professionnels, les patients et leur famille. Ces recommandations permettraient d'offrir un service encore plus apprécié par tous les acteurs de l'unité.

6.8.1 Amélioration de la collaboration interprofessionnelle

Les recommandations suivantes peuvent être appliquées afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmières. Elles sont expliquées en partie à l'aide des différentes dimensions du modèle de D'Amour (1997) et de D'Amour et Oandasan (2004).

Structure des soins :

- 1- Des règles favorisant la collaboration devraient être émises. Même si elles ne sont pas officiellement écrites, elles pourraient faire partie d'une liste d'objectifs d'amélioration de l'unité. Une de ces règles pourrait être que les infirmières doivent obligatoirement participer et présenter leur patient à la tournée interdisciplinaire.
- 2- Établir une liste de règles ou d'objectifs communs permettrait de favoriser la négociation et les compromis.
- 3- Les soins devraient être structurés avec les patients et leur famille. Lors de l'élaboration des structures de soins, une personne représentant ceux-ci devrait joindre les professionnels.

Partage des buts, objectifs et vision :

- 1- Les professionnels pourraient élaborer des objectifs communs individualisés pour chaque patient. Ces objectifs peuvent être établis avec l'aide des patients et de leur famille lorsqu'il y a possibilité. Ceci pourrait être fait, tel que suggéré par un participant sur une feuille d'objectifs quotidiens à atteindre.

- 2- Cette feuille pourrait contenir les moyens qui seront utilisés afin d'accéder à ceux-ci ainsi que le moment où les professionnels ont l'intention de procéder à ces tâches. De cette façon, médecins et infirmières pourraient travailler précisément dans le même but tout en ayant une meilleure connaissance des objectifs de l'autre.

Sens d'appartenance :

- 1- Afin d'augmenter le niveau d'interconnaissance, les résidents et les infirmières devraient prendre le temps de se connaître les uns les autres. Les résidents devraient augmenter le niveau d'interconnaissance avec les infirmières et les infirmières juniors devraient faire de même avec les médecins. Des activités simples pourraient être organisées lors de la première semaine des résidents et de l'embauche de nouvelles infirmières.
- 2- Suite à la première recommandation, il serait plus facile pour les médecins, les résidents et les infirmières de se faire mutuellement confiance.
- 3- Les professionnels, eux-mêmes ont manifesté le désir de partager des séances d'enseignement. Celles-ci permettraient, non seulement la création de connaissance, mais augmenteraient l'interconnaissance des acteurs.
- 4- Les professionnels devraient prendre le temps de connaître les valeurs des patients et des familles. Cette interconnaissance pourrait aider à l'orientation des soins et permettre aux professionnels de comprendre leurs choix.

Gouvernance :

- 1- Les réunions interdisciplinaires hebdomadaires pourraient servir davantage d'agent intégrateur lors de gestion de conflits entre les professionnels. Les mésententes et désaccords pourraient être abordés ouvertement et quelqu'un extérieur à l'unité pourrait aider à la résolution des problématiques. Ceci favoriserait un ajustement entre les acteurs (D'Amour, 1997).
- 2- Afin de promouvoir la régulation exogène de la délégation, les membres participants pourraient intégrer une personne représentant le comité des patients, ou une personne ne faisant pas partie du réseau de la santé. Cependant, cette personne doit être apte à représenter les valeurs et la culture du patient. De plus, cette mesure permettrait de positionner davantage le patient au centre de la collaboration.

6.8.2 Recommandations pour améliorer la communication entre professionnels, patients et familles

Suite à l'analyse des résultats de la communication entre professionnels, patients et familles, certaines améliorations peuvent être proposées.

Offrir un soutien émotif au patient et à sa famille.

- 1- L'infirmière support à la famille pourrait davantage être impliquée auprès du patient autant qu'avec la famille afin de les renseigner sur les enjeux médicaux et les options de traitements.

Améliorer les techniques de communication des professionnels.

- 1- Demander aux professionnels, tant les médecins que les infirmières de se présenter au patient et à sa famille.
- 2- Afin d'aider au développement des techniques de communications, des mini conférences pourraient être présentée aux médecins et infirmières du département. D'autres périodes d'enseignement pourraient aborder des sujets tels le professionnalisme et l'amélioration des compétences.

Favoriser une communication ouverte entre les professionnels, le patient et sa famille.

- 1- Les professionnels devraient continuer de travailler pour offrir une communication ouverte où les enjeux et les dangers de la situation de santé et des traitements sont expliqués aux familles.
- 2- Les patients et les familles devraient avoir un temps particulier pour discuter avec les professionnels et poser leurs questions. Les professionnels peuvent suggérer des questions aux patients et à leur famille. Les professionnels devraient éviter d'attendre la dernière minute ou une dégradation de l'état de santé avant d'expliquer au patient et à sa famille les effets de la maladie.
- 3- Il faut également garder en tête que si la famille n'est pas présente durant la journée, ce n'est probablement pas parce qu'elle n'est pas intéressée ou qu'elle ne veut pas être impliquée, mais parce que bien souvent, elle ne peut pas venir. L'équipe médicale pourrait alors mandater un professionnel afin de mettre la famille au courant des derniers développements de l'état de santé du patient peu importe le moment de la journée où la famille est présente.

Créer des structures adaptées aux besoins du patient et sa famille.

- 1- Une atmosphère conviviale créée avec l'aide de toutes les personnes impliquées auprès des familles permettrait de diminuer le niveau de stress et aiderait à se concentrer sur la gestion de la situation. Des salles de repos calmes, adaptées aux besoins des familles sont des moyens pouvant être utilisées afin de favoriser une atmosphère propice à la communication.
- 2- Les règles de visites pour les familles pourraient être assouplissées. L'utilisation du téléphone à l'extérieur de l'unité pourrait être modifiée de façon à ce que les familles ne se sentent pas éloigné du patient.
- 3- Les familles auraient la possibilité d'assister aux tournées interdisciplinaires quotidiennes, serait une des solutions possibles. Elles pourraient ainsi mieux comprendre les objectifs des professionnels et les raisons de certains choix de traitements.
- 4- Les familles pourraient se joindre à l'équipe de professionnels lors des rencontres interdisciplinaires hebdomadaires. Elles pourraient exprimer leurs valeurs, leur vision du plan de soins ainsi que leurs attentes face aux professionnels de santé.

6.9 Limites de l'étude

Certains éléments limitent la généralisation et les recommandations établies pour parfaire la collaboration entre médecins et infirmières, la communication entre professionnels, patients et famille et finalement l'impact de la collaboration sur les patients et leur famille.

Le choix du devis de l'étude du cas unique d'une unité réduit la capacité de généralisation des résultats aux autres unités du Centre hospitalier mais également aux autres hôpitaux de la région. Le choix de l'étude qualitative provient du besoin d'analyser en profondeur les éléments retenus. Étant donné que l'objectif de l'étude était de comprendre et que peu d'études ont abordé le sujet sous cet angle, le choix de ce devis reste toutefois adapté.

Les médecins ayant participé aux entrevues sont uniquement des hommes et les infirmières des femmes. Cette division entre les genres a pu influencer l'évaluation de la collaboration. Il aurait pu être intéressant d'augmenter le nombre de participants pour pouvoir obtenir

l'opinion tant des hommes que des femmes. Cependant, le temps limité imposé par la rédaction du mémoire oblige un nombre de participants restreints.

Le fait que certains professionnels avaient rencontré la chercheuse, avant le début de l'étude peut également avoir influencé les résultats. Ils peuvent ainsi avoir modifié leur témoignage afin de lui faire plaisir. Bien que, une attention particulière ait été portée à la liberté d'expression des participants. De même, l'importance que leur témoignage reflète la réalité a été clairement expliquée et les participants ont confirmé à la personne chargée du recrutement, qu'ils comprenaient les critères d'inclusion. Seule une personne connaît, en fait, bien la chercheuse.

Enfin, les entrevues avec les patients n'ont pu malheureusement toutes être enregistrées et le témoignage de deux personnes n'a pu être analysé en profondeur autant que si elle l'avait été. Cependant, ces personnes ont eu un droit de parole qui ne leur aurait pas été offert dans d'autres circonstances et elles ont eu la liberté d'exprimer leur opinion et leur vision de la communication avec les professionnels. De fait, l'étude présente davantage un caractère particulier grâce à la vision obtenue de différents profils de patients.

6.10 Principaux utilisateurs

Cette recherche permet de mieux comprendre les mécanismes de collaboration interdisciplinaire dans une unité de soins intensifs. Elle établit un portrait de la vision des patients et de la famille face à la communication qu'ils ont avec les professionnels. Malgré les objectifs restreints de départ, ce portrait ne s'est pas limité à la communication mais s'est élargi aux interactions et structures importantes aux yeux des utilisateurs.

Les gestionnaires, les décideurs, les planificateurs et les chefs d'unité, principaux utilisateurs de la recherche, pourront inspirer et orienter leurs actions en vue d'améliorer la collaboration entre médecins et infirmières, tout en contribuant à la promotion de la communication et la satisfaction des patients et de leur famille. À l'aide des conclusions, certaines améliorations de gestion propre à la collaboration entre les professionnels et de communication entre les professionnels, les patients et leur famille pourront être apportées.

Les professionnels pourront alors offrir des soins de meilleure qualité et retirer une plus grande satisfaction de leur travail. En orientant leurs actions sur le patient et sa famille et en ayant une meilleure compréhension de leurs besoins, valeurs et croyances, la gestion des conflits entre leurs propres croyances et celles des patients et de leur famille sera facilitée.

Les patients et leur famille pourront bénéficier de soins centrés sur leurs besoins. Grâce à l'étude, les professionnels peuvent mieux comprendre l'importance de les intégrer à l'équipe en ayant un rôle actif dans le processus de soins. Les soins reçus seront plus en lien avec leurs croyances et leur taux de satisfaction accroîtra.

Chapitre 7 : Conclusion

Au terme de la recherche, une meilleure compréhension de l'impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille a pu être établie. Un modèle est proposé afin de faciliter la compréhension et la promotion du patient et de sa famille au centre de la relation médecins-infirmières. Des interventions pourront alors être structurées et orientées selon les besoins et les attentes des utilisateurs du système de santé. L'instauration d'un système structuré centré sur le patient et sa famille est l'une des meilleures voies.

Les patients et leur famille devraient être en mesure de verbaliser leurs besoins, croyances et valeurs. L'infirmière support à la famille représente un des vecteurs d'échange qui leur permet de poser leurs questions ce qui implique des professionnels prêts et ouverts à leur fournir les explications dont ils ont besoin. Ils sont intégrés à l'équipe de soins et inclus le plus possible lors des rencontres entre médecins et infirmières qui font preuve de transparence lors de la prise de décision. Le degré de satisfaction des patients et familles seraient plus élevé grâce au pouvoir qui leur est donné.

Les professionnels devraient travailler à améliorer les facteurs interactionnels pour développer la collaboration entre professionnels les patients et leur famille. Médecins et infirmières élaborent et partagent des objectifs, une vision tournée vers le patient et sa famille tout comme le sentiment d'appartenance. Pour ce faire, le travail est accompli en équipe que ce soit au niveau des médecins ou des infirmières. Le développement de la connaissance mutuelle entre médecins et infirmières devrait être favorisé; car il facilite l'intégration des résidents et des nouvelles infirmières tout en favorisant la relation de confiance, le partage des connaissances et de l'information. Les professionnels devraient travailler afin d'améliorer leurs habiletés de communication et qualités interpersonnelles.

Les facteurs organisationnels soit la gouvernance, les structures de soins et l'environnement physique devraient être orientés et développés en étant centré sur le patient et sa famille. Les professionnels doivent mettre en place des actions selon les croyances des patients et leur famille, afin de mieux comprendre les choix des utilisateurs. Ils leur seraient aussi plus facile

de distinguer leurs valeurs de celles des patients et de leur famille. La satisfaction retirée du travail accompli serait plus grande.

Quelques barrières à la collaboration médecins-infirmières et la communication entre professionnels, patients et famille ont été identifiées. Tout d'abord, l'inexistence d'une structure officielle promouvant la collaboration est un obstacle à son développement. Un protocole visant la promotion et l'intégration des patients et de leur famille dans l'équipe devrait être mis en place.

Ensuite, le manque d'unicité de l'équipe médicale et l'absence de fil conducteur entre les médecins changeant chaque semaine. Enfin, la diversité culturelle tant de la clientèle que des professionnels du Centre pose également un défi. Le manque de place accordée au patient et à sa famille au sein de l'équipe occasionne alors des frustrations de la part des deux parties. Les professionnels ne comprennent parfois pas les raisons motivant les familles à faire certains choix alors que ces dernières se questionnent sur les valeurs motivant les professionnels à initier ou non certains traitements.

En conclusion, la recherche a mis en lumière l'importance de la collaboration entre toutes les personnes impliquées dans le processus de soins : professionnels, patients et familles. Peu de recherches ont eu comme mission d'ériger un portrait global des interactions entre les acteurs du processus de soins. Nous pouvons désormais mieux comprendre l'importance d'inclure tant le patient que sa famille dans le processus décisionnel aux soins intensifs. Il s'agit maintenant, d'élaborer un plan d'action officiel à l'aide de tous les acteurs. Pour qu'une approche centrée sur la famille puisse voir le jour, l'équipe multidisciplinaire se doit de supporter cette démarche (Henneman et Cardin, 2002).

Plusieurs questions n'ont cependant pas encore trouvé de réponse. Comment faciliter l'intégration des différentes valeurs des acteurs provenant de milieux culturels hétéroclites? Dans quelles mesures les patients et leur famille doivent-ils être intégrés à l'équipe médicale? Quel est l'impact de cette intégration complète des patients et de leur famille dans un modèle de collaboration interprofessionnelle? Seules les prochaines recherches apporteront dans le futur des éléments de réponse qui permettront alors de valider le modèle proposé.

Liste de références

- Abbott, A. (1988). « The system of professions: An essay on the division of expert labor. » The University of Chicago Press : 1-31.
- Aiken, L., D. Sloane, E. Lake, J. Sochalski, A. Weber (1999). « Organization and Outcomes of Inpatient AIDS Care. » Medical Care 37(8) : 760-772.
- Aiken, L., J. Sochalski, E. Lake (1997). « Studying Outcomes of Organizational Change in Health Services. » Medical Care 35(11) Supplement : NS6-NS18.
- Aiken, L., L. H.L. Smith, E.T. Lake (1994). « Lower Medicare Among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care. » Medical Care 32(8) : 771-787.
- Aston, J., E., H. Shi, Bullôt, R. Galway, J. Crisp (2005). « Qualitative evaluation of regular morning meetings aimed at improving interdisciplinary communication and patient outcomes. » International Journal of Nursing Practice 11(5) : 206-213.
- Attree, M. (2001). « Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. » Journal of Advanced Nursing 33(4) : 456-466.
- Azoulay, E., F. Pochard, S. Chevret, C. Arich, F. Brivet, F. Brun, P.E. Charles, T. Desmettre, D. Dubois, R. Galliot, D. Goldgran-Toledano, P. Herbecq, L.M. Joly, M. Jourdain, M. Kaidomar, A. Lepape, N. Letellier, O. Marie, B. Page, A. Parrot, P.A. Rodie-Talbere, A. Sermet, A. Tenaillon, M. Thuong, P. Tulasme, J.R. Le Gall, B. Schlemmer (2003). « Family participation in care to the critical ill: opinions of families and staff. » Intensive Care Medecine 29(9) : 1498-1504.
- Babrow, A.S. et M. Mattson (2003). « Theorizing About Health Communication. » Dans Thompson, T.L., A.M. Porcey, K.I. Miller, R. Parrott Handbook of Health Communication Édition Lawrence Erlbaum Associates chap. 3: 35-62.
- Baggs, J.G. (1994). « Development of an instrument to mesure collaboration and satisfaction about care decision. » Journal of Advanced Nursing 20 : 176-182.
- Baggs, J.G., M.H. Schimtt, A.I. Mushlin, P.H. Mitchell, D.H. Eldredge, D. Oakes, A.D. Hutson (1999). « Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. » Critical Care Medecine 27 (9) : 1991-1998.
- Beckmann, U., C. Bohringer, R. Carless, D. Gillies, W.B. Runciman, A.W. Wu, P. Pronovost (2006). « Evaluation of two methods for quality improvement in intensive care : Facilitated incident monitoring and retrospective medical chart review. » Critical Care Medecine 31 (4) : 1006-1011.
- Bizek, K.S. (2007). « The Patient's Experience With Critical Illness. » Critical Care Nursing : Aholistic Approach, Éd. 8, Lippincott et Wilkins : 12-26.
- Blickensderfer, L. (1996). « Nurses and Physicians : Creating a Collaborative Environment. » Journal of IV Nursing 19(3) : 127-131.

Brown, J.B., M. Stewart, B.L. Ryan (2003). « Outcomes of Patient-Provider interaction. » Dans Thompson, T.L., A.M. Dorsey, K.I. Miller, R. Parrott, Handbook of Health Communication, Chapitre 7, États-Unis : 141-162.

Carmel, S. et K. Rowam (2001). « Variation in intensive care unit outcomes: a search for evidence on organizational factors. » Critical Care Outcomes 7(4) : 284-296.

Cazale, L., D. Tremblay, D. Roberge, N. Touati, J.L. Dents, R. Pinault (2006). « Development and application of a clinical vignette to assess the quality of cancer care. » Revue d'épidémiologie et de santé publique 54 (5) : 407-420.

Chanlat, F. et F. Séguin (1987). « Introduction, L'analyse des organisations. » Tome II Les composantes de l'organisation, Gaétan Morin éditeur : 1-19.

Chelsa, C.A. et D. Stannard (1997). « Breakdown in the nursing care of families in the ICU. » American Journal of Critical Care 6(1) : 64-71.

Chesla, C.A. (1996). « Reconciling Technologic and Family Care Nursing. » Journal of Nursing Scholarship 28(3) : 199-204.

Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (1996). Compétences pour le nouveau millénaire. Rapport du groupe de travail sur les besoins sociétaux. Projet Canadien d'éducation des médecins spécialistes.

Commission of the Future of Health Care Canada (2002). Building on values : The future of healthcare in Canada: Final Report. Saskatchewan (Canada).

Conseil Québécois d'agrément (2004). Le système d'agrément. Québec (Canada) :1-51.

Contandriopoulos, A.P., F. Champagne, L. Potvin, J.L. Denis, L. Boyle (2005). Savoir préparer une recherche. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Craft, M.J. et J.A. Willadsen (1992). « Interventions related to family. » Nursing Clinics of North America 27(2) : 517-540.

Craig, R.T. (1999). « Communication theory as a field. » Communication Theory 9(2) : 119-161.

Creswell, J. W. (2003). « Research Questions and Hypotheses. » Research Design : Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches, 2^{ième} édition, Sage Publications : 105-213.

Creswell, J.W. (1998). « Five Different Qualitative Studies. » Qualitative inquiry and research design- Choosing among five different traditions, « Five Different Qualitative Studies», Thousand Oaks : Sage publications : 27-44.

Curley, C., C. McEachern, J.E. Speroff (1998). « Interdisciplinary rounds reduces hospital stay and cost and improved staff satisfaction. » Medical Care 36. AS 4-12(3).

Daigle, K. (2001). « La collaboration entre les infirmières d'un centre hospitalier (CH) et d'un centre local de services communautaires (CLSC) dans le cadre du congé précoce en postnatal. » Mémoire de maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

D'Amour, D. (1997). « Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. » Thèse de doctorat, Université de Montréal.

D'Amour, D., M. Ferrada-Videla, L.S.M. Rodriguez, M.D. Beaulieu (2005). « The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concept and theoretical frameworks. » Journal of Interprofessional Care, Supplement 1 : 116-131.

D'Amour, D., L. Goulet, J.F. Labadie, L. Bernier, R. Pinault (2003). « Accessibility, continuity and appropriateness : key elements in assessing integration of perinatal services. » Health and Social Care in the Community 11(5) : 397-404.

D'Amour, D., L. Goulet, J.F. Labadie, L. San Martin-Rodriguez, R. Pinault. (2008) « A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organization.» BMC Health Services Research. 8(188):p. 1-14.

D'Amour, D. et I. Oandasan (2005). « Interprofessionality as field of interprofesional practice and interprofessional education: An emerging concept. » Journal of Interprofessional Care, Supplement 1 : 8-20.

D'Amour, D., C. Sicotte, R. Levy (Septembre 1999). « Collective action within interprofessional teams in health services. » Sciences sociales et santé 17 (3) : 67-94.

Deja, M., C. Denke, S. Weber-Carstens, J. Schröder, C.E. Pille, F. Hokema, K.J. Falke, U. Kaisers (2006). « Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory syndrome. » Critical Care 10(5) : R147.

Devers, K.J. (1999). « How will we know “good” qualitative research when we see it? » Health Services Research 34(5) : 1153-1188.

Donabedian, A. (1966). « Evaluating the Quality of medical Care. » The Milbank Memorial Fund Quarterly 44(3), Pt 2 : 166-203.

Donabedian, A. (1987). « Commentary on some studies of quality of care. » Health Care Financing Review, Annual Supplement : 75-84.

Donchin, Y., D. Gopher, M. Olin, Y. Badihi, M. Biensky, C. Sprung, R. Pizov, S. Cotev (1995). « A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. » Critical Care Medicine 23(2) : 294-300.

Duhamel, F. (1995) « Les interventions systémiques en soins infirmiers auprès de la famille » Chap. 4. Dans La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers, 1ed. Gaetan Morin ed. Montréal : p. 67-86.

Echaquan, S. (2003). « Analyse des processus de collaboration entre les infirmières en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté. » Mémoire de maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Evanoff, B., P. Potter, L. Wolf, D. Grayson, C. Dunagan, S. Boxerman (2004). « Can We Talk? Priorities for Patient Care Differs Among Health Care Providers. » Proceeding of the First Safety Across High-Consequence Industries Conference, Saint-Louis University, St-Louis, MO.

Eymard-Duvernay, F. et E. Marchal (1994). « Les règles en action : entre une organisation et ses usagers. » Revue française de sociologie XXXV, 5(36) : 5-36.

Finlay, L. (2002). « Outing the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. » Qualitative Health Research 12(4) : 531-545.

Firth-Cozens, J. (1998). « Celebrating teamwork. » Quality in health Care Supplément 7, S3-S7.

Firth-Cozens, J. (2001). « Multidisciplinary teamwork : the good, bad, and everything in between. » Quality in health Care 10 : 70.

Flocke, S.A., W.L. Miller, B.F. Crabtree (2002). « Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. » The Journal of Family Practice 51(10) : 835-840.

Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé (2006). Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada, Recommandations et synthèse politique. Ontario (Canada) : 1-35.

Fontana, J.S. (2006). « Medical Crisis: The family's perspective. » Advances in Nursing Science 29(3) : 222-231.

Fontes Pinto Novaes, M.A., E. Knobel, A.M. Bork, O.F. Pavao, L.A. Nogueira-Martins, M. Bossi Ferraz (1999), « Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. » Intensive Care Medicine 25(12) : 1421-1426.

Freidberg, E. (1993). « From Organization to Concrete Systems of Action. » Dans S.M. Lidenberg and H. Schreuder, Interdisciplinary Perspectives on Organization Studies Oxford, Pergamon Press : 159-169.

Freidberg, E. (1993). Le pouvoir et la règle : Dynamiques de l'action organisée. Paris, Édition du Seuil.

Furstenberg, C.T., T.A. Ahles, M.B. Whedon, K.L. Pierce, M. Dolan, L. Robert, P.M. Silberfarb (1998). « Knowledge and Attitudes of Health-Care Providers Toward Cancer Pain Management: A Comparison of Physicians, Nurses, and Pharmacists in the State of New Hampshire. » Journal of Pain and Symptom Management 15(6): 335-349.

Giacomini, M. et D.J. Cook (2000). « User guide to the medical literature XXII. Qualitative research in health care. A. Are the results of the study valid? » Journal of the Medical Association 284(3) : 357-362.

Giroux, L. (2005). Les modèles de relation médecin-patient. Richard, C. and M. T. Lussier. La communication professionnelle en santé. Chapitre 5, 1^{ière} édition, St-Laurent (Québec) Québec : ERPI : 113-144.

Goudreau, J. et H. Dion (2005). La collaboration médecins-infirmières. Dans Richard, C. and M. T. Lussier. La communication professionnelle en santé. Chapitre 5, 1^{ière} édition, St-Laurent (Québec) Québec : ERPI : 623-654.

Haddad, S., D. Roberge, R. Pinault, (1997). « Comprendre la qualité: en reconnaître la complexité. » Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 4(1) : 59-78.

Halm, M.A., S. Gagner, M. Goering, J. Sabo, M. Smith, M. Zaccagnini (2003). « Interdisciplinary rounds: Impact on Patients, Families, and Staff. » Clinical nurse specialist 17(3) : 133-142.

Hansen, H.E., M.H. Biros, N.M. Delaney, V.L. Schug (1999). « Research Utilization and Interdisciplinary Collaboration in Emergency Cared. » Academic Emergency Medicine 6(4) : 271-279.

Hasenfield, Y. et R.A. English (1974). Human service organization : A conceptual overview in human service organizations : A book readings Ann Arbor: the University of Michigan Press : 1-23.

Health Care Financing Administration (1988). « Medicare hospital mortality information. » Government Printing Office, Washington O-196860.

Hebert, C.P. (2005). « Changing the culture : Interprofessional education for collaborative patient-centered practice in Canada. » Journal of Interprofessional Care, Supplement 1 : 1-4.

Henneman, C.A., et S. Cardin (2002). « Family-Centered Critical Care : Approach to Making it Happen. » Critical Care Nurse 22(6) : 12-19.

Henneman, E.A., L. Jan, J.I. Cohen (1995). « Collaboration: a concept analysis. » Journal of Advanced Nursing 21(1) : 103-109.

Hojat, M., N. Gonnella, J. Thomas, S.K. Fields, A. Cicchetti, A. Lo Scalzo, F. Taroni, A.M. Vincenza Amicosante, M. Macinati, M. Tangucci, C. Liva, G. Ricciardi, S. Eidelman, H. Admi, H. Geva, T. Mashiach, G. Alcoy, A. Alcorta-Gonzalez, D. Ibarra, A. Torres-Ruiz (2003). « Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on total and factor scores of Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationship. » International Journal of Nursing Studies 40(4) : 427-435.

Howe, A. (2006). « Can patient be on our team? An operational approach to patient involvement in interprofessional approaches to safe care. » Journal of Interprofessional Care 20(6) : 527-534.

Hunter, S., S. Brace, G. Buckley (1993). « The inter-disciplinary assessment of older people at entry into long-term institutional care: lessons for the new community care arrangements. » Research, Policy and Planning 11 : 2-9.

Hupcey, J.E. (1998). « Establishing the Nurse-Family Relationship in the Intensive Care Unit.» Journal of Nursing Research 20(2) : 180-194.

Hupcey, J.E. (2000). « Feeling Safe : The Psychosocial Needs of ICU Patients. » Journal of Nursing Scholarship 32(4) : 361-367.

Hurliman, C. (2001). « Approche conceptuelle de la qualité des soins. » Archives of surgery 13(7) : 37-41.

Igram, H., et T. Desombre (1999). « Teamwork in health care : Lessons from literature and from good practice around the world. » Journal of Management in Medecine 13(1) : 51-58.

Krairiksh, M. et M. Anthony (2001). « Benefits and Outcomes of Staff Nurses Participation in Decision Making », Journal of Nursing Administration 31(1) : 16-23.

Kuhn, R. (1985). « Nurse and physician collaboration: how to strengthen the team. » Heart Lung 14(5) : 18A-21A.

Kurtz, S.M., J.D. Sylveman, J. Benson, J. Draper (2003). Marrying content and process in clinical method teaching : Enhancing the Calgary-Cambridge guides Academic Medecine 78(8) : 802-809.

Lambert, B.L., R.L. Street, D.J. Cegala, D.H. Smith, S. Kurtz, T. Schofield (1997). « Provider-Patient Communication, Patient-Centered Care, and the Mangle of Practice. » Health Communication 9(1) : 27-43.

Larson, C.O., E.C. Nelson, D. Gustafson, P.B. Batalden (1996). « The Relationship Between Meeting Patients' Information Needs and their Satisfaction with Hospital Care and General Health Status Outcomes. » International Journal for Quality in Health Care 8(5) : 447-456.

Larson, E. (1999). « The Impact of Physician-Nurse Interaction on Patient Care. » Holistic Nursing Practice 13(2) : 38-46.

Lepage, K. (2008). «Elements for a Good Collaboration between Doctors and Nurses, and the Impact on Patients and Their Families in Intensive Care Unit.» Dynamics: The Official Journal of the Canadian Association of Critical Care Nurses 19(2) : 16-18.

Lindeke, L.L. et A.M. Sieckert (2005). « Nurse-Physician workplace collaboration. » Online Journal of Issues in Nursing 10(1).

Long, C.O. et A.M. Jones (2000). « Community-Based Nursing and Home Health Care. » Medical-Surgical Nursing : Assessment and Management of Clinical Problems, Chapitre 1, 5^{ième} Edition, Mosby: 16-28.

Maxwell, K.E., D. Stuenkel, Saylor (2007). « Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. » Heart and Lungs 36(5) : 367-376.

Mayer, R.C., J.H. Davis, F.D. Schoorman (1995). « An integration model of organizational trust. » Academy of Management, The Academy of Management Review 20(3) : 709-725.

McCabe, C. (2004). « Nurse-patient communication : an exploration of patients' experiences. » Journal of Clinical Nursing 13(1) : 41-49.

McCormack, B. et T.V. Mc Cance (2006). « Development of a framework for person-centered nursing. » Journal of Advanced Nursing 56(5) : 472-479.

Medicare Legal Definition (2008). The Free Dictionary. Download 2008-30-08. <http://legal-dictionary.thefreedictionary.com/p/Medicare>.

Michallet, B., G. Le Dorze, S. Trétreault (2001). « The needs of spouses caring for severely aphasic persons. » Aphasiology 15(8) : 731-747.

Miles, M.B. et A.M. Huberman (2003). « Donner un sens: Élaboration et vérification des conclusions. » Analyse des données qualitatives, De Boeck : 437-518.

Narasimhan, M., L.A. Eisen, C.D. Mahoney, F.L. Acerra, M.J. Rosen (2006). « Improving Nurse-Physician Communication and Satisfaction in the Intensive Care Unit With a Daily Goals Worksheet. » American Journal of Critical Care 15 : 217-222.

Nolan, M. (1995). « Toward an ethos of interdisciplinary practice. » Canadian Medical Journal 31(1) : 305-307.

Patton, M.Q. (2002). « Qualitative Research and Evaluation Methods. » Strategic Themes in Qualitative Inquiry, 3^{ième} édition, Sage Publications : 37-73.

Pomey, M.-P. et C. Safianyk (2007). « L'Évaluation externe de la qualité des soins et des services au Québec : Quels acteurs? Quelles leçons? » Revue le Point en administration de la santé et des services sociaux 3(1) : 42-46.

Porter, F.L., C.M. Wolf, J. Gold, D. Lotsoff, J.P. Miller (1997). « Pain and Pain Management in Newborn Infants: A Survey of Physicians and Nurses » Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics 100(4): 626-632.

Prevost, S.S. (2001). « Individual and Family Response to the Critical Care Experience. » Dans Sole M.L., L.M. Lamborn, J.C. Hartshorn, Introduction to Critical Care Nursing, Éd. 3. W.B. Saunders Company : 9-24.

Pronovost, P., S. Berenholtz, T. Dorman, P.A. Lipsett, T. Simmonds, C. Haraden (2003). « Improving communication in the ICU using daily goals. » Journal of Critical Care 18(2) : 71-75.

Pronovost, P., T. Nolan, S. Zeger, M. Miller, H. Rubin « How can clinicians measure safety and quality in acute care? » The Lancet 363(9414) : 1061-1067.

Purden, M. (2005). « Cultural considerations in interprofessional education and practice. » Journal of Interprofessional Care, Supplement 1: 224-234.

Rafferty, A.M., J. Ball, L.H. Aiken, C.M. Fagin (2001). « Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? » Quality in Health Care 10 : 32-37.

Richard, C. et M. T. Lussier (2005). « Introduction. » La communication professionnelle en santé. 1^{ière} édition, St-Laurent (Québec) Québec : ERPI : 1-7.

Richard, C. et M. T. Lussier (2005). Une approche dialogique de la consultation. Dans La communication professionnelle en santé. Chapitre 1, 1^{ière} édition, St-Laurent (Québec) Québec: ERPI: 11-34.

Rocher, G. (1999) Introduction à la sociologie générale, Montréal, Hurtubise HMH.

Ruben, E. (2005). « Teamwork and Quality of Care. » Croatian Medical Journal 46 (1) : 157-160.

Rubinfeld, G.D., D.C. Angus, M.R. Pinsky, R.J. Curtis, A.F. Connors, Jr. G.R. Bernard (1999), « Outcomes Research in Critical Care: Results of the American Thoracic Society Critical Care Assembly Workshop on Outcomes Research. » American Journal Respiratory and Critical Care Medicine 160(1) : 358-367.

Ruchholtz, S., C. Waydhas, U. Lewan, K. Piepenbrink, D. Stolke, J. Debatin, L. Schweiberer, D. Nast-Kolb (2002). « A multidisciplinary quality management system for the early treatment of severely injured patients: implementation and results in two trauma centres. » Intensive Care Medicine 28(1) : 1395-1404.

Schmitt, M.H. (2001). « Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research. » Journal of Interprofessional Care 15(1) : 47-66.

Sheppard, M. (1993) « Clients satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health » Journal of Advanced Nursing. 18: p. 246-259.

Shortell, S.M., D.M. Rousseau, R.R. Gillies, K.J. Devers, T.L. Simon (1991). « Organizational Assessment in Intensive Care Units (ICUs) : Construct Development, Reliability, and Validity of the ICU Nurse-Physician Questionnaire. » Medical care 29(8) : 709-726.

Shortell, S.M., J.E. Zimmerman, D.M. Rousseau, et al. (1994). « The performance of intensive care units : Does good management make a difference? » Medical Care 32(5) : 508-525.

Sicotte, C., D. D'Amour, M.P. Moreault (2002). « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. » Social science and medicine 55 (6) : 991-1003.

Sitzia, J. et N. Wood (1997). « Patient satisfaction : A review of issues and concepts. » Social Science and medicine 45(12) : 1829-1843.

Solberg, L.I., M.L. Brekke, T.E. Kottke, R.P. Steel (1998). « Continuous Quality Improvement in Primary Care : What's Happening. » Medical care 36(5) : 625-635.

Sole, M.L. et J.C. Hartshorn (2001). « Overview of Critical Care Nursing. » Introduction to Critical Care Nursing, M.L. Sole, M.L. Lamborn, J.C. Hartshorn, 3ième édition, W.B. Saunders Company, Chap. 1: 3-7.

Stake, R. (1994). « Case studies. » Dans N.K. Denzin et Y.S. Lincoln Handbook of Qualitative Research. Éditeurs Sage Publications : 236-247.

Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. The health of Canadians: The federal role: Final report on the state of health care system of Canada. Ontario (Canada).

Strauss, A. et J. Corbin (1990). « Axial coding. » Basics of qualitative research, Newbury Park : Sage : 96-115.

Strauss, A. et J. Corbin (1990). « Selective coding. » Basics of qualitative research. Newbury Park : Sage : 116-142.

Street, R.L. (2003). « Communication in Medical Encounters : An ecological Perspective. » Dans T.L. Thompson, A.M. Porcey, K.I. Miller, R. Parrott Handbook of Health Communication, Édition Lawrence Erlbaum Associates, Chap. 4 : 63-94.

Sundeen, S.J., G.W. Stuart, E.A.D. Rankin, S.A. Cohen. (1998) « The communication Process » Chap 4. Dans Nurse-Client interaction: implementing the Nursing Process. 6ième ed. Mosby, St-Louis, Missouri: p. 81-105.

Surgenor, D., Stephen, Blike, T. George, Corwin, L. Howard (2003). « Teamwork and Collaboration in critical care : Lessons from the cockpit. » Critical Care Medecine vol. 30 (3) : 992-993.

Tourangeau, A.E., P.W. Stone, D. Birnbaum (2003). « Hidden in plain view : the importance of professional nursing care. » Clinical Governance : An International Journal 8(2) : 158-163.

Vazirani, S., R.D. Hays, M.F. Shapiro, M. Cowan (2005). « Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physician and nurses. » American Journal of Critical care 14(1) : 71-77.

Videla, M.F. (2002). « Le processus de collaboration interprofessionnelle à l'égard d'enfants à risque de négligence et de leurs familles. » Mémoire de maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Warner, W.K. et A.E. Havens (1968). « Goal Displacement and the Intangibility of Organizational Goals. » Administrative Science Quarterly 12 (4) : 539-555.

Weiss, S.J. et H.P. Davis (1985). « Validity and Reliability of the Collaborative Practice Scales. » Nursing Research 34(5) : 299-305.

Wheelan, S.A., C.N. Burchill, F. Tilin (2003). « The Link Between Teamwork and Patients Outcomes in Intensive Care Units. » American Journal of Critical Care 12(6) : 527-534.

Wright, L.M. et M. Leahey (1990). « Trends in nursing of families. » Journal of Advanced Nursing 15(2) : 148-154.

Wright, L.M. et M. Leahey, Adaptation française : Campagna, L. (2001). « L'évaluation de la famille et l'intervention auprès de la famille : un tour d'horizon. » Dans L'infirmière et la famille, Chap 1 : 13-36.

Yin, R.K. (2003). « Designing Case Studies. » Case Study Research : Design and Methods Applied Social Research Methods Series, Volume 5, 3^{ième} édition, Sage Publications : 19-56.

Zwarenstein, M. et W. Bryant (2000). « Intervention to promote collaboration between nurses and doctors. » Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, art. No.: CD000072, DOI:10.1002/14651858.CD000072 : 1-14.

Zwarenstein, M., S. Reeves (2000). « What's so great about collaboration? We need more evidence and less rhetoric. » British Medical Journal 320(7241) : 1022-1023.

Annexe 1. Grille d'entrevue : Gestionnaires de l'unité de soins intensifs

Introduction

Depuis combien de temps occupez-vous cette fonction?

Est-ce que vous avez suivi une formation en gestion? Si oui, laquelle?

Faites-vous partie d'un comité portant sur la qualité des soins?

Selon vous, quels critères constituent une bonne collaboration entre infirmière et médecin?

Selon vous, quels critères constituent une bonne communication entre les professionnels de la santé, les patients et leurs familles?

Développement

Formalisation

Quelles structures existent dans votre hôpital afin de promouvoir la collaboration entre infirmières et médecins?

(exemples : culture, gouverne, ...)

Quelles structures existent dans votre unité afin de promouvoir la collaboration entre infirmières et médecins?

Quels mécanismes de coordination existent dans votre unité afin de promouvoir et de faciliter la collaboration entre infirmières et médecins?

Si le gestionnaire ne mentionne pas les tournées interdisciplinaires dans ses réponses, poser cette question :

Vous ne m'avez pas mentionné la présence des tournées interdisciplinaires comme moyen de promotion de la collaboration entre infirmières et médecins, comment évaluez-vous cette structure comme outil de promotion de la collaboration?

Finalisation

Quels sont les objectifs communs aux infirmières et aux médecins présents dans l'hôpital afin de promouvoir la collaboration?

Quels sont les objectifs communs aux infirmières et aux médecins présents dans l'unité afin de promouvoir la collaboration?

Intériorisation

Parlez-moi des responsabilités qui sont partagées entre les infirmières et les médecins?

De quelle façon?

Donnez-moi des exemples?

Délégation

Est-ce que les tâches déléguées aux infirmières dépassent le cadre légal?

Donnez-moi des exemples?

Est-ce que ces tâches déléguées sont spécifiques à l'unité ou semblables à celui de l'établissement?

Donnez-moi des exemples?

Est-ce que ces tâches déléguées sont formalisées par écrit?

Conclusion

Est-ce qu'il y a des éléments que vous désiriez aborder et dont vous n'avez pu parler au cours de l'entrevue? Si oui, lesquels, élaborer?

Avez-vous des questions ou désirez-vous d'autres informations? Lesquelles?

Merci de votre collaboration

Annexe 2. Grille d’entrevue : Professionnels de la santé travaillant dans une unité de soins intensifs

Introduction

Depuis combien de temps occupez-vous cette fonction?

Selon vous, quels critères constituent une bonne collaboration entre infirmières et médecins?

Selon vous, quels critères constituent une bonne communication entre les professionnels de la santé, les patients et leurs familles?

De quelle façon organisez vous votre journée de travail afin de communiquer avec les patients et leurs familles?

Développement

Formalisation

Quelles structures existent dans votre unité afin de promouvoir la collaboration entre infirmières et médecins?

Quels mécanismes de coordination sont présents dans votre unité afin de promouvoir et de faciliter la collaboration entre infirmières et médecins?

Si le professionnel ne mentionne pas les tournées interdisciplinaires dans ces réponses, poser cette question :

Vous ne m’avez pas mentionné l’existence des tournées interdisciplinaires comme moyen de promotion de la collaboration entre infirmières et médecins, comment évaluez-vous cette structure comme outil de promotion de la collaboration?

Finalisation

Quels sont les objectifs communs aux infirmières et aux médecins présents dans l’unité afin de promouvoir la collaboration?

Comment percevez-vous ces objectifs?

(exemples : suffisant ou non, bien établi ou non...)

Intériorisation

Parlez-moi des responsabilités qui sont partagées entre les infirmières et les médecins?

De quelle façon?

Donnez-moi des exemples?

Délégation

Est-ce que les tâches déléguées aux infirmières dépassent le cadre légal?

Donnez-moi des exemples?

Est-ce que ces tâches déléguées sont spécifiques à l'unité ou semblables au sein de l'établissement?

Donnez-moi des exemples?

Est-ce que ces tâches déléguées sont formalisées par écrit?

Conclusion

Est-ce qu'il y a des éléments que vous désiriez aborder et dont vous n'avez pu parler au cours de l'entrevue? Si oui, lesquels, élaborer?

Avez-vous des questions ou désirez-vous d'autres informations? Lesquelles?

Merci de votre collaboration

Annexe 3. Grille d’entrevue: Patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs

Introduction mise en contexte

Quelle est la situation qui a conduit votre hospitalisation?

En général, comment décririez-vous votre relation avec les infirmières?

En général, comment décririez-vous votre relation avec les médecins?

Développement

Qualité attendue

Que trouvez-vous de plus important dans la communication avec un professionnel de la santé?

Selon vous, comment devrait être la communication entre les infirmières et vous?

Selon vous, comment devrait être la communication entre les médecins et vous?

Qualité perçue

Parlez-moi de votre satisfaction ou insatisfaction de la communication entre les infirmières et vous?

Parlez-moi de votre satisfaction ou insatisfaction de la communication entre les médecins et vous?

Comment décririez-vous l’information transmise par les professionnels?

(Exemple : quantité, clarté des explications...)

Comment évaluez-vous la méthode utilisée par les infirmières pour vous transmettre l’information?

Comment évaluez-vous la méthode utilisée par les médecins pour vous transmettre l’information?

De quelle façon les professionnels vous intègrent-ils dans les décisions de traitement?

De quelle façon êtes-vous renseignés sur les développements de votre état de santé?

Avez-vous discuté avec les infirmières et les médecins ensemble?

Comment vous sentez-vous lorsque vous avez à poser des questions aux infirmières?

Comment vous sentez-vous lorsque vous avez à poser des questions aux médecins?

Avez-vous décelé des divergences entre l’information obtenue par les différents professionnels?

Comment avez-vous perçu ces divergences? Expliquer et donner un exemple?

Avez-vous discuté avec les membres de votre famille de l'information donnée par les professionnels?

Si oui, avez-vous décelé des divergences? Lesquelles, donnez-moi un exemple?

Comment décririez-vous le temps passé avec les professionnels?

(Exemple : quantité, disponibilité, qualité...)

Est-ce que l'information transmise par les professionnels de la santé vous a aidé dans votre processus de soins? De quelle façon?

(Exemple : diminution du stress, augmentation du sentiment de pouvoir, sentiment de prendre des décisions éclairées)

Conclusion

Est-ce qu'il y a des éléments que vous désiriez aborder et dont vous n'avez pu parler au cours de l'entrevue? Si oui, lesquels, élaborez?

Avez-vous des questions ou désirez-vous d'autres informations? Lesquelles?

Merci de votre collaboration

Annexe 4. Grille d’entrevue : Familles ayant un proche hospitalisé dans une unité de soins intensifs

Introduction mise en contexte

Quel est votre lien avec la personne hospitalisée dans cette unité de soins intensifs?

Quelle est la situation qui a conduit à cette hospitalisation ?

En général, comment décririez-vous votre relation avec les infirmières?

En général, comment décririez-vous votre relation avec les médecins?

Développement

Qualité attendue

Que trouvez-vous de plus important dans la communication avec un professionnel de la santé?

Selon vous, comment devrait être la communication entre les infirmières et vous?

Selon vous, comment devrait être la communication entre les médecins et vous?

Qualité perçue

Parlez-moi de votre satisfaction ou insatisfaction de la communication entre les infirmières et vous?

Parlez-moi de votre satisfaction ou insatisfaction de la communication entre les médecins et vous?

Comment décririez-vous l’information transmise par les professionnels vous ont fournie?

(Exemple : quantité, clarté des explications...)

Comment évaluez-vous la méthode utilisée par les infirmières pour vous transmettre l’information?

Comment évaluez-vous la méthode utilisée par les médecins pour vous transmettre l’information?

De quelle façon les professionnels vous intègrent-ils dans les décisions de traitement?

De quelle façon êtes-vous renseignés sur les développements de l’état de santé de votre proche?

Avez-vous discuté avec les infirmières et les médecins ensemble?

Comment vous sentez-vous lorsque vous avez à poser des questions aux infirmières?

Comment vous sentez-vous lorsque vous avez à poser des questions aux médecins?

Avez-vous décelé des divergences entre l’information obtenue par les différents professionnels?

Comment avez-vous perçu ces divergences? Expliquer et donner un exemple.

Avez-vous discuté avec votre proche hospitalisé de l'information donnée par les professionnels?

Si oui, avez-vous décelé des divergences? Lesquelles, donnez-moi un exemple.

Comment décririez-vous le temps passé avec les professionnels?

(Exemple : quantité, disponibilité, qualité...)

Est-ce que l'information transmise par les professionnels de la santé vous a aidé dans le processus de soins? De quelle façon?

(Exemple : diminution du stress, augmentation du sentiment de pouvoir, sentiment de prendre des décisions éclairées)

Conclusion

Est-ce qu'il y a des éléments que vous désiriez aborder et dont vous n'avez pu parler au cours de l'entrevue? Si oui, lesquels, élaborer?

Avez-vous des questions ou désirez-vous d'autres informations? Lesquelles?

Merci de votre collaboration

Annexe 5. Grille d'observation d'une unité de soins intensifs

- Nombre de lits dans le département :
- Nombre de patients hospitalisés :
- Nombre de patients ayant au moins un membre de famille ou connaissances au chevet :
- Acuité :
 - Nombre de patients ventilés :
 - Nombre de patients dialysés :
 - Nombre de patients avec un ballon intra-aortique :
 - Nombre de patients ayant plus de trois perfusions intraveineuses :
 - Nombre de patients ayant un cathéter de l'artère pulmonaire :
 - Nombre de patients vus durant la tournée interdisciplinaire :
- Organisation de l'unité :
- Endroit réservé aux discussions interprofessionnelles :
- Nombre de professionnels assistant à la tournée interdisciplinaire :
 - Infirmières :
 - Étudiants en sciences infirmières :
 - Médecins :
 - Résidents :
 - Étudiants en médecine :
 - Dietétistes :
 - Pharmaciens :
 - Inhalothérapeutes :
 - Physiothérapeutes :
 - Ergothérapeutes :
 - Travailleurs sociaux :
 - Autres :
- Présence d'un leader :
 - Lequel :
- Présence de mécanismes de coordination :
 - Mise en place d'une formule ou d'un ordre du jour :
- Communication :

Est-ce que tous les professionnels ont la possibilité de parler :

Est-ce que les professionnels ont le temps de relater toute l'information qu'ils considèrent importante? Se font-ils interrompre ?

Est-ce que leurs points de vue sont écoutés :

- Conflits ou désaccords entre les infirmières et les médecins :

1- Circonstance :

Écoute de l'opinion de l'autre :

Respect des idées de l'autre :

Résolution du problème, de quelle façon :

2- Circonstance :

Écoute de l'opinion de l'autre :

Respect des idées de l'autre :

Résolution du problème, de quelle façon :

- Établissement des priorités de travail de la journée :

Concertation de tous les professionnels :

- Choix d'une personne responsable pour discuter, déterminer les plans et expliquer les objectifs de soins avec le patient et la famille :

Profession de cette personne :

De quelle façon cette personne a été déterminée :

Annexe 6. Formulaire de consentement pour patients et familles

SMBD- Hôpital Général Juif
Unité des soins intensifs médicaux et chirurgicaux
Karine Lepage

Formulaire de consentement pour patients et familles
Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille pendant les tournées interdisciplinaires aux soins intensifs

Introduction

Nous vous invitons à prendre part à cette recherche parce que vous ou un membre de votre famille a été hospitalisé à l'unité de soins intensifs de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis. Vous avez le droit de connaître le but et les procédures qui seront utilisées lors de cette étude et d'être informé des bénéfices, des risques, des compensations et des inconforts potentiels.

Avant de consentir à participer à cette étude, il est important de lire les informations suivantes et poser toutes les questions nécessaires afin de comprendre ce qui vous sera demandé. Il est important de comprendre que vous n'êtes pas obligé de prendre part à cette étude.

1. But de l'étude

La communication entre les professionnels de la santé, les patients et leur famille est parfois déficiente. Ceux-ci peuvent avoir l'impression de ne pas avoir suffisamment d'information et les messages peuvent être incohérents. Peu d'études se sont penchées sur l'impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille. Cette recherche tentera d'évaluer cet impact et fournira des suggestions afin d'améliorer la collaboration entre infirmières et médecins et la communication entre ces professionnels, les patients et leur famille.

2. Procédures

Vous serez invité à participer à une entrevue semi dirigée, d'environ 45 minutes. Cette entrevue sera enregistrée et retranscrite par la suite afin de favoriser une analyse optimale. L'entrevue sera menée dans une salle de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis entre le moment où la personne reçoit son congé de l'unité des soins intensifs jusqu'à un mois après, afin de vous permettre d'avoir le maximum de souvenirs possibles de cet épisode. La personne qui mènera l'entrevue sera Karine Lepage, chercheuse principale. Les bandes audio seront conservées sous-clé et seront détruites un an après la fin de l'étude.

3. Risques, inconfort et effets secondaires

Le principal inconvénient est le temps consacré à l'entrevue et l'obligation de s'ouvrir à une personne inconnue, soit la chercheuse.

4. Bénéfices

Nous ne pouvons vous promettre que vous retirerez des bienfaits en participant à cette étude. Cependant, l'étude vise une meilleure compréhension des mécanismes de collaboration entre médecins et infirmières durant les tournées interdisciplinaires à l'unité des soins intensifs contribuant à une meilleure communication avec le patient et sa famille. Cette étude pourrait permettre d'améliorer la collaboration entre médecins et infirmières et la communication entre professionnels, patient et famille. Une fois l'étude terminée, sur simple demande à la chercheuse ou à la directrice de mémoire, les résultats généraux de cette recherche vous seront transmis.

5. Participation volontaire/retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous pouvez décider de participer maintenant et décider plus tard de vous retirer de l'étude sans affecter vos soins médicaux actuels et futurs. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous devez aviser la chercheuse principale responsable de l'étude. Elle vous expliquera la meilleure façon de terminer votre participation. Il est possible que la chercheuse principale mette fin à votre participation. Si cette situation survenait, vous serez avisé des raisons de votre retrait.

6. Confidentialité

Toute information obtenue à votre sujet dans le cadre de cette étude sera gardée confidentielle, selon les prescriptions de la loi. Cette information sera anonymisée en supprimant tous les noms dès le début du processus puis gardée sous-clé. Seule la chercheuse principale, Karine Lepage et la directrice de mémoire, Dr Marie-Pascale Pomey auront accès aux enregistrements et aux verbatims. Votre dossier de recherche sera conservé sous la responsabilité de Karine Lepage au 4831, 6^{ième} avenue app. 6 à Montréal, Québec, Canada, par la suite elles seront détruites. L'accès à des données nominatives (qui peuvent être identifiées par votre nom) sera contrôlé par la chercheuse principale. Aucune information permettant de vous identifier ne quittera cette institution.

Toutefois, le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis et le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal peuvent accéder à votre dossier de recherche pour effectuer une surveillance des données.

Ce formulaire de consentement ne sera pas placé dans votre dossier médical.

Les résultats de cette étude peuvent être publiés ou présentés dans le cadre de rencontres scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Si vous décidez de vous retirer, ou si vous êtes retirez de cette étude, toute information obtenue jusqu'à ce moment pourront être utilisé afin de préserver l'intégrité scientifique de cette étude.

7. Coût et indemnisation

Vous ne serez pas payé pour votre participation à cette étude ni aucun frais ne vous sera chargé pour y participer.

8. Information et questions

Si vous avez des questions ou soucis concernant ce projet de recherche vous pouvez communiquer avec madame Karine Lepage au numéro 514 525-4439 ou madame Lyne St-Louis au numéro 514 340-8222, poste 3491.

La chercheuse de cette étude et les membres de son équipe sont tenus à la confidentialité. Pour cette raison, cette entrevue n'est pas un recours officiel de plaintes. Toutes les plaintes faites au cours de cette entrevue seront conservées de façon confidentielle et aucune personne de l'organisation ne sera mise au courant. Si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant de recherche, vous pouvez contacter la Commissaire Locale aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis, madame Laurie Berlin, au 514 340-8222 poste 5833. Si vous désirez, la chercheuse principale peut vous aider dans votre démarche.

Nous vous donnerons une copie signée de ce formulaire de consentement et une copie sera placée dans votre dossier de recherche.

SMBD - Hôpital Général Juif
Unité des soins intensifs médicaux et chirurgicaux
Karine Lepage

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PATIENTS ET FAMILLES
Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille pendant les tournées interdisciplinaires aux soins intensifs

J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'a remis un exemplaire signé. J'ai eu l'occasion de poser mes questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Ma participation est volontaire, et je suis libre de me retirer en tout temps sans donner de raison et que cela n'affectera pas mes soins médicaux ou droits légaux. Je ne renonce à aucun de mes droits légaux en signant ce formulaire de consentement.

J'accepte de participer à cette étude.

Signature du participant

Nom du participant (lettres moulées)

Date

Le présent formulaire de consentement a été expliqué en personne par :

Signature de l'investigateur
(ou de son délégué(e))

Nom de l'investigateur (lettres moulées)
(ou de son délégué(e))

Date

Annexe 7. Consent form for patients and family members

SMBD – Jewish General Hospital
Intensive care unit
Karine Lepage

CONSENT FORM FOR PATIENTS AND FAMILY MEMBERS

Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille pendant les tournées interdisciplinaires aux soins intensifs

Introduction

You are being invited to participate in a clinical research study because you or a member of your family was hospitalized in the Intensive Care Unit of the Jewish General Hospital – SMBD. You have the right to know about the purpose and procedures that are to be used in this research study, and to be informed about the potential benefits, risks, compensation, and discomfort for this research.

Before you give your consent to be a participant, it is important that you read the following information and ask as many questions as is necessary in order to understand what you will be asked to do, should you decide to participate. It is also important that you do not have to take part in this study.

1. Purpose of study

The communication between the health care professionals, the patients and their family members is sometimes deficient, having the impression that they have not received enough information or that the messages provided to them are incoherent. Few studies have researched the impact of the collaboration between nurses and doctors on the communication between the health care professionals, the patients and their family members.

This present research will try to assess this impact and will provide suggestions in order to improve the collaboration between the nurses and doctors and improve the communication between these health care professionals, the patients and their family members.

2. Procedures

You will be invited to a semi-structured interview, lasting about 45 minutes. This interview will be recorded and then transcribed in order to have an optimal analysis of the data. The interview will take place in a room at the SMBD - Jewish General Hospital, between the time where the person receives their discharge from the Intensive Care Unit up until one month after, to allow you to have as much recollection as possible of this particular episode. The person responsible to lead the interview will be Karine Lepage, the principal investigator. The audio tapes will be kept locked for one year after the end of the study. After which they will be destroyed.

3. Risks, Discomforts and Side-Effects

The main inconvenient is the time devoted to the interview and have to open up to a stranger, which is the principal investigator.

4. Benefits

We cannot promise you that you will receive any direct benefit from your participation to the study. This study aims at a better understanding of the mechanisms of collaboration between nurses and doctors during the interdisciplinary rounds in the Intensive Care Unit, contributing to a better communication with the patient and their family. Consequently, improving collaboration between doctors and nurses and the communication between professionals, patients and their family.

Once the study is over, if you ask to the principal investigator or to the research director and the general results of this study will be transmitted to you.

5. Voluntary participation / withdrawal

Your participation in this study is voluntary. You may choose to participate now and decide to stop your participation at any time. Your future medical care and your patient-doctor relationship will not be affected in anyway.

It is important that you inform your study investigator if you decide to withdraw from the study. She will explain the best way to withdraw your participation. It is possible that the study investigator withdraws your participation. If this situation should arise, you will be informed of the reasons for your withdrawal.

6. Confidentiality

All information obtained about you during this research will be treated confidentially within the limits of the law. This information will be anonymized and kept under lock. Only the principal investigator, Karine Lepage and her research director, Dr Marie-Pascale Pomey will have access to the tapes and the transcripts. The study files, audio tapes and the transcripts will be kept under the responsibility of Karine Lepage for one year at 4831, 6^{ième} avenue app. 6 à Montréal, Québec, Canada, after they will be par la suite destroyed. Access to your identifying information will be restricted and supervised by the principal researcher. No information that discloses your identity will be allowed to leave this institution.

However, the Research Ethics Committee of the Jewish General Hospital - SMBD and the Research Ethics Committee of the University of Montreal may look at the medical and research records identifying you for the purpose of monitoring this research.

This consent form will not be placed in your medical records.

The result of this research may be published or communicated in other ways; however, your identity or any other identifying information will not be disclosed in any reports or publications.

If you withdraw (or are withdrawn) from this study, any information collected up to the point of withdrawal for the purpose of this research may still be used in order to protect the scientific integrity of the study.

7. Cost and compensation

You will not be paid for your participation in this study nor will there be any costs to you for participating in this study.

8. Contact information or questions

If you have any questions about the research now or later, you can call Mrs Karine Lepage at 514 525-4439 or Mrs Lyne St-Louis at 514 340-8222, ext. 3491.

If you have any questions about your rights as a research participant, you may call the Jewish General Hospital - SMBD patient representative Ms Laurie Berlin, at 514 340-8222, ext. 5833.

The principal investigator of this research and the members of her team are bound with confidentiality. For this reason, this interview is not an official recourse of complaints. All complaints made during this interview will be kept confidential and no one will be made aware. On the other hand, if you have been a victim of any prejudice or you have questions about your rights as a research participant, you may call the Jewish General Hospital patient representative Ms. Laurie Berlin at 514 340 8222 ext. 5833. If you wish, the principal investigator may help you in your approach.

A signed copy of this consent form will be given to you and another copy will be joined to your research file.

SMBD – Jewish General Hospital
Intensive care unit
Karine Lepage

STATEMENT OF CONSENT FOR PATIENTS AND FAMILY MEMBERS
Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille pendant les tournées interdisciplinaires aux soins intensifs

I have read the above information and my question were answered to my satisfaction. A copy of this signed consent form will be given to me. My participation is voluntary and I can withdraw from the study at any time without giving reasons, without it affecting my medical care now or later. I do not give up any of my legal rights by signing this consent form.

I agree to participate in this study.

Signature of participant

Name of participant

Date

Consent form administered and explained in person by:

Signature of Investigator
(or it's delegate)

Name of Investigator
(or it's delegate)

Date

Annexe 8. Formulaire de consentement pour les entrevues avec les professionnels

SMBD - Hôpital Général Juif
Unité des soins intensifs médicaux et chirurgicaux
Karine Lepage

Formulaire de consentement pour entrevues avec professionnels

Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille pendant les tournées interdisciplinaires aux soins intensifs

Introduction

Nous vous invitons à prendre part à cette recherche parce que vous êtes médecin ou infirmière travaillant à l'unité de soins intensifs médicaux et chirurgicaux de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis. Votre expérience des tournées interdisciplinaires quotidiennes fait de vous un candidat potentiel pour cette étude. Vous avez le droit de connaître le but et les procédures qui seront utilisées lors de cette étude et d'être informé des bénéfices, des risques, des compensations et des inconforts potentiels.

Avant de consentir à participer à cette étude, il est important de lire les informations suivantes et poser toutes les questions nécessaires afin de comprendre ce qui vous sera demandé. Il est important de comprendre que vous n'êtes pas obligé de prendre part à cette étude.

1. But de l'étude

La communication entre les professionnels de la santé, les patients et leur famille est parfois déficiente. Ceux-ci peuvent avoir l'impression de ne pas avoir suffisamment d'information et les messages peuvent être incohérents. Peu d'études se sont penchées sur l'impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille. Cette recherche tentera d'évaluer cet impact et fournira des suggestions afin d'améliorer la collaboration entre infirmières et médecins et la communication entre ces professionnels, les patients et leur famille.

2. Procédures

Vous serez invité à participer à une entrevue semi dirigée, d'environ 45 minutes. Cette entrevue sera enregistrée et retranscrite par la suite afin de favoriser une analyse optimale. L'entrevue sera menée dans une salle de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis, selon votre disponibilité, minimum une semaine après que l'on vous ait sollicité pour cette étude. La personne qui mènera l'entrevue sera Karine Lepage, chercheuse principale. Les bandes audio seront conservées sous-clé et seront détruites un an après la fin de l'étude.

3. Risques, inconfort et effets secondaires

Le principal inconvénient est le temps consacré à l'entrevue et l'obligation de s'ouvrir à une personne inconnue, soit la chercheuse.

4. Bénéfices

Nous ne pouvons vous promettre que vous retirerez des bienfaits en participant à cette étude. Cependant, l'étude vise une meilleure compréhension des mécanismes de collaboration entre médecins et infirmières durant les tournées interdisciplinaires à l'unité des soins intensifs contribuant à une meilleure communication avec le patient et sa famille. Cette étude pourrait permettre d'améliorer la collaboration entre médecins et infirmières et la communication entre professionnels, patient et famille. Une fois l'étude terminée, sur simple demande à la chercheuse ou à la directrice de mémoire, les résultats généraux de cette recherche vous seront transmis.

5. Participation volontaire/retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous pouvez décider de participer maintenant et décider plus tard de vous retirer de l'étude sans affecter votre emploi actuel et futur. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous devez aviser la chercheuse principale responsable de l'étude. Elle vous expliquera la meilleure façon de terminer votre participation. Il est possible que la chercheuse principale mette fin à votre participation. Si cette situation survenait, vous serez avisé des raisons de votre retrait.

6. Confidentialité

Toute information obtenue à votre sujet dans le cadre de cette étude sera gardée confidentielle, selon les prescriptions de la loi. Cette information sera anonymisée en supprimant tous les noms dès le début du processus puis gardée sous-clé. Seule la chercheuse principale, Karine Lepage et la directrice de mémoire, Dr Marie-Pascale Pomey auront accès aux enregistrements et aux verbatims. Votre dossier de recherche sera conservé sous la responsabilité de Karine Lepage au, 4831, 6^{ième} avenue app. 6 à Montréal, Québec, Canada, par la suite elles seront détruites. L'accès à des données nominatives (qui peuvent être identifiées par votre nom) sera contrôlé par la chercheuse principale. Aucune information permettant de vous identifier ne quittera cette institution.

Toutefois, le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis et le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal peuvent accéder à votre dossier de recherche pour effectuer une surveillance des données.

Ce formulaire de consentement ne sera pas placé dans votre dossier médical.

Les résultats de cette étude peuvent être publiés ou présentés dans le cadre de rencontres scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Si vous décidez de vous retirer, ou si vous êtes retirez de cette étude, toute information obtenue jusqu'à ce moment pourront être utilisé afin de préserver l'intégrité scientifique de cette étude.

7. Coût et indemnisation

Vous ne serez pas payé pour votre participation à cette étude ni aucun frais ne vous sera chargé pour y participer.

8. Information et questions

Si vous avez des questions ou soucis concernant ce projet de recherche vous pouvez communiquer avec madame Karine Lepage au numéro 514 525-4439 ou madame Lyne St-Louis au numéro 514 340-8222, poste 3491.

La chercheuse de cette étude et les membres de son équipe sont tenus à la confidentialité. Pour cette raison, cette entrevue n'est pas un recours officiel de plaintes. Toutes les plaintes faites au cours de cette entrevue seront conservées de façon confidentielle et aucune personne de l'organisation ne sera mise au courant. Si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant de recherche, vous pouvez contacter la Commissaire Locale aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis, madame Laurie Berlin, au 514 340-8222 poste 5833. Si vous désirez, la chercheuse principale peut vous aider dans votre démarche.

Nous vous donnerons une copie signée de ce formulaire de consentement et une copie sera placée dans votre dossier de recherche.

SMBD - Hôpital Général Juif
Unité des soins intensifs médicaux et chirurgicaux
Karine Lepage

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES ENTREVUES AVEC LES
PROFESSIONNELS**

**Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les
professionnels, le patient et sa famille pendant les tournées interdisciplinaires aux soins
intensifs**

J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'a remis un exemplaire signé. J'ai eu l'occasion de poser mes questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Ma participation est volontaire, et je suis libre de me retirer en tout temps sans donner de raison et que cela n'affectera pas mes soins médicaux ou droits légaux. Je ne renonce à aucun de mes droits légaux en signant ce formulaire de consentement.

J'accepte de participer à cette étude.

Signature du participant

Nom du participant (lettres moulées)

Date

Le présent formulaire de consentement a été expliqué en personne par :

Signature de l'investigateur
(ou de son délégué(e))

Nom de l'investigateur (lettres moulées)
(ou de son délégué(e))

Date

Annexe 9. Consent form for interviews with doctors and nurses

SMBD – Jewish General Hospital
Intensive care unit
Karine Lepage

CONSENT FORM FOR INTERVIEWS WITH PROFESSIONNELS

Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille pendant les tournées interdisciplinaires aux soins intensifs

Introduction

You are being invited to participate in a clinical research study because you are working as a physician or a nurse in the medical and surgical Intensive Care Unit of the Jewish General Hospital – SMBD. Your experience during the daily interdisciplinary rounds makes of you a potential candidate for this study. You have the right to know about the purpose and procedures that are to be used in this research study, and to be informed about the potential benefits, risks, compensation, and discomfort for this research.

Before you give your consent to be a participant, it is important that you read the following information and ask as many questions as is necessary in order to understand what you will be asked to do, should you decide to participate. It is also important that you do not have to take part in this study.

1. Purpose of study

The communication between the health care professionals, the patients and their family members is sometimes deficient, having the impression that they have not received enough information or that the messages provided to them are incoherent. Few studies have researched the impact of the collaboration between nurses and doctors on the communication between the health care professionals, the patients and their family members.

This present research will try to assess this impact and will provide suggestions in order to improve the collaboration between the nurses and doctors and hence improve the communication between these health care professionals, the patients and their family members.

2. Procedures

You will be invited to a semi-structured interview, lasting about 45 minutes. This interview will be recorded and then transcribed in order to have an optimal analysis of the data. The interview will take place in a room at the Jewish General Hospital – SMBD, according to your availability, at least one week after your solicitation for this study. The person responsible to lead the interview will be Karine Lepage, the principal investigator. The audio tapes will be kept locked for one year after the end of the study. After which they will be destroyed.

3. Risks, Discomforts and Side-Effects

The main inconvenient is the time devoted to the interview and have to open up to a stranger, which is the principal investigator.

4. Benefits

We cannot promise you that you will receive any direct benefit from your participation to the study. This study aims at a better understanding of the mechanisms of collaboration between nurses and doctors during the interdisciplinary rounds in the Intensive Care Unit, contributing to a better communication with the patient and their family. Consequently, improving collaboration between doctors and nurses and the communication between professionals, patients and their family.

Once the study is over, if you ask to the principal investigator or the research director and the general results of this study will be transmitted to you.

5. Voluntary participation / withdrawal

Your participation in this study is voluntary. You may choose to participate now and decide to stop your participation at any time. Your employment will not be affected in anyway.

It is important that you inform your study investigator if you decide to withdraw from the study. She will explain the best way to withdraw your participation. It is possible that the study investigator withdraws your participation. If this situation should arise, you will be informed of the reasons for your withdrawal.

6. Confidentiality

All information obtained about you during this research will be treated confidentially within the limits of the law. This information will be anonymized and kept under lock. Only the principal investigator, Karine Lepage and her research director, Dr Marie-Pascale Pomey will have access to the tapes and the transcripts. The study files, audio tapes and the transcripts will be kept under the responsibility of Karine Lepage for one year at 4831, 6^{ième} avenue app. 6 à Montréal, Québec, Canada, after they will be par la suite destroyed. Access to your identifying information will be restricted and supervised by the principal researcher. No information that discloses your identity will be allowed to leave this institution.

However, the Research Ethics Committee of the Jewish General Hospital - SMBD and the Research Ethics Committee of the University of Montreal may look at the medical and research records identifying you for the purpose of monitoring this research. This consent form will not be placed in your medical records.

The result of this research may be published or communicated in other ways; however, your identity or any other identifying information will not be disclosed in any reports or publications.

If you withdraw (or are withdrawn) from this study, any information collected up to the point of withdrawal for the purpose of this research may still be used in order to protect the scientific integrity of the study.

7. Cost and compensation

You will not be paid for your participation in this study nor will there be any costs to you for participating in this study.

8. Contact information or questions

If you have any questions about the research now or later, you can call Mrs Karine Lepage at 514 525-4439 or Mrs Lyne St-Louis at 514 340-8222, ext. 3491.

If you have any questions about your rights as a research participant, you may call the Jewish General Hospital - SMBD patient representative Ms Laurie Berlin, at 514 340-8222, ext. 5833.

The principal investigator of this research and the members of her team are bound with confidentiality. For this reason, this interview is not an official recourse of complaints. All complaints made during this interview will be kept confidential and no one will be made aware. On the other hand, if you have been a victim of any prejudice or you have questions about your rights as a research participant, you may call the Jewish General Hospital patient representative Ms. Laurie Berlin at 514 340-8222 ext. 5833. If you wish, the principal investigator may help you in your approach.

A signed copy of this consent form will be given to you and another copy will be joined to your research file.

SMBD – Jewish General Hospital
Intensive care unit
Karine Lepage

STATEMENT OF CONSENT FOR INTERVIEWS WITH PROFESSIONNALS
Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille pendant les tournées interdisciplinaires aux soins intensifs

I have read the above information and my question were answered to my satisfaction. A copy of this signed consent form will be given to me. My participation is voluntary and I can withdraw from the study at any time without giving reasons, without it affecting my medical care now or later. I do not give up any of my legal rights by signing this consent form.

I agree to participate in this study.

Signature of participant

Name of participant

Date

Consent form administered and explained in person by:

Signature of Investigator
(or it's delegate)

Name of Investigator
(or it's delegate)

Date

Annexe 10. Formulaire de consentement pour les observations avec médecins et infirmières pendant les tournées interdisciplinaires.

SMBD - Hôpital Général Juif
Unité des soins intensifs médicaux et chirurgicaux
Karine Lepage

Formulaire de consentement pour les observations avec médecins et infirmières pendant les
tournées interdisciplinaires
Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les
professionnels, le patient et sa famille pendant les tournées interdisciplinaires aux soins
intensifs

Introduction

Nous vous invitons à prendre part à cette recherche parce que vous êtes médecin ou infirmière travaillant à l'unité de soins intensifs médicaux et chirurgicaux de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis. Votre expérience des tournées interdisciplinaires quotidiennes fait de vous un candidat potentiel pour cette étude. Vous avez le droit de connaître le but et les procédures qui seront utilisées lors de cette étude et d'être informé des bénéfices, des risques, des compensations et des inconforts potentiels.

Avant de consentir à participer à cette étude, il est important de lire les informations suivantes et poser toutes les questions nécessaires afin de comprendre ce qui vous sera demandé. Il est important de comprendre que vous n'êtes pas obligé de prendre part à cette étude.

1. But de l'étude

La communication entre les professionnels de la santé, les patients et leur famille est parfois déficiente. Ceux-ci peuvent avoir l'impression de ne pas avoir suffisamment d'information et les messages peuvent être incohérents. Peu d'études se sont penchées sur l'impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille. Cette recherche tentera d'évaluer cet impact et fournira des suggestions afin d'améliorer la collaboration entre infirmières et médecins et la communication entre ces professionnels, les patients et leur famille.

2. Procédures

Une observatrice, la chercheuse principale, Karine Lepage, se joindra à l'équipe des tournées interdisciplinaires quotidiennes à l'unité des soins intensifs de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis sur une période totalisant environ 8 heures sur deux jours d'observation. Lors de ces moments, uniquement l'observation entre médecins et infirmières sera considérée. Ce n'est pas un moment où la qualité des relations sera jugée, ces données serviront plutôt à l'analyse de la collaboration. Les données seront conservées sous-clé et seront détruites un an après la fin de l'étude.

3. Risques, inconfort et effets secondaires

Le principal inconvénient est de se faire observer par la chercheuse principale lors du travail quotidien et l'inconfort que cela peut causer. Cependant, l'objectif, n'est pas de juger les professionnels mais bien de comprendre les relations de collaboration.

4. Bénéfices

Nous ne pouvons vous promettre que vous retirerez des bienfaits en participant à cette étude. Cependant, l'étude vise une meilleure compréhension des mécanismes de collaboration entre médecins et infirmières durant les tournées interdisciplinaires à l'unité des soins intensifs contribuant à une meilleure communication avec le patient et sa famille. Cette étude pourrait permettre d'améliorer la collaboration entre médecins et infirmières et la communication entre professionnels, patient et famille. Une fois l'étude terminée, sur simple demande à la chercheuse ou à la directrice de mémoire, les résultats généraux de cette recherche vous seront transmis.

5. Participation volontaire/retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous pouvez décider de participer maintenant et décider plus tard de vous retirer de l'étude sans affecter votre emploi actuel et futur. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous devez aviser la chercheuse principale responsable de l'étude. Elle vous expliquera la meilleure façon de terminer votre participation. Il est possible que la chercheuse principale mette fin à votre participation. Si cette situation survenait, vous serez avisé des raisons de votre retrait.

6. Confidentialité

Toute information obtenue à votre sujet dans le cadre de cette étude sera gardée confidentielle, selon les prescriptions de la loi. Cette information sera anonymisée en supprimant tous les noms dès le début du processus puis gardée sous-clé. Seule la chercheuse principale, Karine Lepage et la directrice de mémoire, Dr Marie-Pascale Pomey auront accès aux transcriptions des données. Votre dossier de recherche sera conservé sous la responsabilité de Karine Lepage, 4831, 6^{ième} avenue app. 6 à Montréal, Québec, Canada, par la suite elles seront détruites. L'accès à des données nominatives (qui peuvent être identifiées par votre nom) sera contrôlé par la chercheuse principale. Aucune information permettant de vous identifier ne quittera cette institution.

Toutefois, le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis et le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal peuvent accéder à votre dossier de recherche pour effectuer une surveillance des données.

Ce formulaire de consentement ne sera pas placé dans votre dossier médical.

Les résultats de cette étude peuvent être publiés ou présentés dans le cadre de rencontres scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Si vous décidez de vous retirer, ou si vous êtes retirez de cette étude, toute information obtenue jusqu'à ce moment pourront être utilisé afin de préserver l'intégrité scientifique de cette étude.

7. Coût et indemnisation

Vous ne serez pas payé pour votre participation à cette étude ni aucun frais ne vous sera chargé pour y participer.

8. Information et questions

Si vous avez des questions ou soucis concernant ce projet de recherche vous pouvez communiquer avec madame Karine Lepage au numéro 514 525-4439 ou madame Lyne St-Louis au numéro 514 340-8222, poste 3491.

La chercheuse de cette étude et les membres de son équipe sont tenus à la confidentialité. Pour cette raison, cette entrevue n'est pas un recours officiel de plaintes. Toutes les plaintes faites au cours de cette entrevue seront conservées de façon confidentielle et aucune personne de l'organisation ne sera mise au courant. Si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant de recherche, vous pouvez contacter la Commissaire Locale aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis, madame Laurie Berlin, au 514 340-8222 poste 5833. Si vous désirez, la chercheuse principale peut vous aider dans votre démarche.

Nous vous donnerons une copie signée de ce formulaire de consentement et une copie sera placée dans votre dossier de recherche.

SMBD - Hôpital Général Juif
Unité des soins intensifs médicaux et chirurgicaux
Karine Lepage

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES OBSERVATION AVEC
MÉDECINS ET INFIRMIÈRES PENDANT LES TOURNÉES
INTERDISCIPLINIRES**

Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille pendant les tournées interdisciplinaires aux soins intensifs

J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'a remis un exemplaire signé. J'ai eu l'occasion de poser mes questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Ma participation est volontaire, et je suis libre de me retirer en tout temps sans donner de raison et que cela n'affectera pas mes soins médicaux ou droits légaux. Je ne renonce à aucun de mes droits légaux en signant ce formulaire de consentement.

J'accepte de participer à cette étude.

Signature du participant

Nom du participant (lettres moulées)

Date

Le présent formulaire de consentement a été expliqué en personne par :

Signature de l'investigateur
(ou de son délégué(e))

Nom de l'investigateur (lettres moulées)
(ou de son délégué(e))

Date

Annexe 11. Consent form for observations with doctors and nurses during interdisciplinary rounds

SMBD – Jewish General Hospital
Intensive care unit
Karine Lepage

CONSENT FORM FOR OBSERVATIONS WITH DOCTORS AND NURSES DURING INTERDISCIPLINARY ROUNDS

Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les professionnels, le patient et sa famille pendant les tournées interdisciplinaires aux soins intensifs

Introduction

You are being invited to participate in a clinical research study because you are working as a physician or a nurse in the medical and surgical Intensive Care Unit of the Jewish General Hospital – SMBD. Your experience during the daily interdisciplinary rounds makes of you a potential candidate for this study. You have the right to know about the purpose and procedures that are to be used in this research study, and to be informed about the potential benefits, risks, compensation, and discomfort for this research.

Before you give your consent to be a participant, it is important that you read the following information and ask as many questions as is necessary in order to understand what you will be asked to do, should you decide to participate. It is also important that you do not have to take part in this study.

1. Purpose of study

The communication between the health care professionals, the patients and their family members is sometimes deficient, having the impression that they have not received enough information or that the messages provided to them are incoherent. Few studies have researched the impact of the collaboration between nurses and doctors on the communication between the health care professionals, the patients and their family members.

This present research will try to assess this impact and will provide suggestions in order to improve the collaboration between the nurses and doctors and hence improve the communication between these health care professionals, the patients and their family members.

2. Procedures

An observer, the principal investigator Karine Lepage, will join the daily interdisciplinary rounds team in the Intensive Care Unit of the Jewish General Hospital – SMBD for a period adding up to a total of 8 hours of observation, over two days. At that time, only the interactions between the physicians and the nurses will be observed. The quality of these interactions will not be judged at that time, the data will rather serve for the analysis of the

collaboration. The data will be kept locked and will be destroyed one year after the end of the study.

3. Risks, Discomforts and Side-Effects

The main inconvenient is to be observed by the principal investigator during the daily work and the discomfort that it may cause. The objective is not to judge the health care professional, but to understand the interaction of the collaboration.

4. Benefits

We cannot promise you that you will receive any direct benefit from your participation to the study. This study aims at a better understanding of the mechanisms of collaboration between nurses and doctors during the interdisciplinary rounds in the Intensive Care Unit, contributing to a better communication with the patient and their family. Consequently, improving collaboration between doctors and nurses and the communication between professionals, patients and their family.

Once the study is over, if you ask to the principal investigator or to the research director, the general results of this study will be transmitted to you.

5. Voluntary participation / withdrawal

Your participation in this study is voluntary. You may choose to participate now and decide to stop your participation at any time. Your employment will not be affected in anyway.

It is important that you inform your study investigator if you decide to withdraw from the study. She will explain the best way to withdraw your participation. It is possible that the study investigator withdraws your participation. If this situation should arise, you will be informed of the reasons for your withdrawal.

6. Confidentiality

All information obtained about you during this research will be treated confidentially within the limits of the law. This information will be anonymized and kept under lock. Only the principal investigator, Karine Lepage and her research director, Dr Marie-Pascale Pomey will have access to the data transcripts. The study files, audio tapes and the transcripts will be kept under the responsibility of Karine Lepage for one year at 4831, 6^{ième} avenue app. 6 à Montréal, Québec, Canada, after they will be par la suite destroyed. Access to your identifying information will be restricted and supervised by the principal researcher. No information that discloses your identity will be allowed to leave this institution.

However, the Research Ethics Committee of the SMBD-Jewish General Hospital and the Research Ethics Committee of the University of Montreal may look at the medical and research records identifying you for the purpose of monitoring this research.

This consent form will not be placed in your medical records.

The result of this research may be published or communicated in other ways; however, your identity or any other identifying information will not be disclosed in any reports or publications.

If you withdraw (or are withdrawn) from this study, any information collected up to the point of withdrawal for the purpose of this research may still be used in order to protect the scientific integrity of the study.

7. Cost and compensation

You will not be paid for your participation in this study nor will there be any costs to you for participating in this study.

8. Contact information or questions

If you have any questions about the research now or later, you can call Mrs Karine Lepage at 514 525-4439 or Mrs Lyne St-Louis at 514 340-8222, ext. 3491.

If you have any questions about your rights as a research participant, you may call the Jewish General Hospital - SMBD patient representative Ms Laurie Berlin, at 514 340-8222, ext. 5833.

The principal investigator of this research and the members of her team are bound with confidentiality. For this reason, this interview is not an official recourse of complaints. All complaints made during this interview will be kept confidential and no one will be made aware. On the other hand, if you have been a victim of any prejudice or you have questions about your rights as a research participant, you may call the Jewish General Hospital patient representative Ms. Laurie Berlin at 514 340-8222 ext. 5833. If you wish, the principal investigator may help you in your approach.

A signed copy of this consent form will be given to you and another copy will be joined to your research file.

SMBD – Jewish General Hospital
Intensive care unit
Karine Lepage

**STATEMENT OF CONSENT FOR OBSERVATIONS WITH DOCTORS AND
NURSES DURING INTERDISCIPLINARY ROUNDS**
**Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre les
professionnels, le patient et sa famille pendant les tournées interdisciplinaires aux soins
intensifs**

I have read the above information and my question were answered to my satisfaction. A copy of this signed consent form will be given to me. My participation is voluntary and I can withdraw from the study at any time without giving reasons, without it affecting my medical care now or later. I do not give up any of my legal rights by signing this consent form.

I agree to participate in this study.

Signature of participant

Name of participant

Date

Consent form administered and explained in person by:

Signature of Investigator
(or it's delegate)

Name of Investigator
(or it's delegate)

Date

Annexe 12. Certificat d'éthique